







JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Unter Mitwirkung der Herren

DD. Barthez, Arzt am Hospital St. Marguerite zu Paris, **Berg**, Medizinalrath u. Professor der Kinderklinik zu Stockholm, **Hauner**, erster Arzt der Kinderheilanstalt zu München, **Mauthner von Mauthstein**, Ritter u. Direktor des St. Annen-Kinderhospitales zu Wien, **Rilliet**, dirigirender Arzt d. Hospitales zu Genf, **Stiebel**, Geheimerath, Direktor des Christ'schen Kinderhospitales in Frankfurt am Main, **Weisse**, Staatsrath, Ritter u. Direktor des Kinderhospitales zu St. Petersburg, und **Ch. West**, erster Arzt des Kinderspitales in Great-Ormond-Street zu London,

herausgegeben

von

Dr. Fr. J. Behrend, u. **Dr. A. Hildebrand**,

prakt. Arzte und Mitgl. mehrerer gel. Gesellschaften. — k. Sanitätsrathe und prakt. Arzte in Berlin.

Band XXII. (Januar — Juni 1854.)

Erlangen. Palm & Enke.
(Adolph Enke.)
1854.

Inhaltsverzeichniss zu Band XXII.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Seite

II. Analysen und Kritiken.

III. Kliniken und Hospitäler.

IV. Hospitalberichte.

Seite

V. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

VI. Wissenswerthes aus Zeitschriften und Werken.

VII. Miszellen.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankh. werden erbeten u. nach Erscheinen jedes Heftes gut honorirt.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben od. den Verlegern einzusenden.

[BAND XXII.] ERLANGEN, JANUAR u. FEBR. 1854. [HEFT 1 u. 2.]

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Klinische Mittheilungen von Professor Mauthner im Wien.

Ueber die Wirkung des Santonins bei Kindern und über die dadurch erzeugte eigenthümliche Färbung des Harnes. — Diuretische Wirkung der Urea.

Um über die eigenthümliche Färbung des Urines nach der Verabreichung von Santonin in's Reine zu kommen, wurden einem gesunden, kräftigen, sechs Jahre alten Knaben, welcher wegen eines Schlüsselbeinbruches seit dem 28. August im Spitale sich befand, und bei dem ein Dextrinverband angewendet worden war, am 18. September 4 Gran Santonin p. d. gegeben. Zur Nahrung Milch und Milchspeise, Arznei keine. Nach etwa einer Stunde liess der Knabe einen Urin, der wie saturirtes Safranwasser aussah, die Harnsekretion war vermehrt, die Farbe des Harnes blieb sich gleich bis zum 21. Sept. Er erhielt nun sechs Gran Santonin p. d.; die Saturation des Harnes stärker, und während er innerhalb 24 Stunden nur dritthalb Seidel Flüssigkeit zu sich genommen hatte, betrug die Harnmenge an vier Seidel. Erst am 24. Sept. verschwand das Pigment, und der nun gelassene blassgelbe Urin reagirte alkalisch. Im Uebrigen befand sich der Knabe vollkommen wohl. — Um mich zu überzeugen, ob das einfache Pulv. sem. Santonici dasselbe bewirke, gab ich einem 11 ½ J. alten gesunden und kräftigen Knaben, der mit einem durch Reibung des Stiefels entstandenen Fussgeschwüre behaftet war, am 24. Sept. ½ Drachme Pulv. sem. Santonici, Nahrung wie oben, Arznei keine. In dem safranfarbig aussehenden, schwach alkalisch reagirenden, in grosser Menge gelassenen Urine zeigten sich Schleimflocken. Am 25. Sept. wurde dieselbe Dosis gege-

ben; 5½ Seidel Urin, wie helles Safranwasser; diese auffallende Diurese dauerte noch bis zum 28. Sept.

Herr Kletschinsky, Assistent am hiesigen pathochemischen Laboratorium, hat diese Harne analysirt, selbst Santonin eingenommen, und ist in Folge dessen zu folgendem Ergebnisse gelangt: „Das Santonin erscheint im oxydirten Zustande als $C_8H_8O_2$ Santoniin im Harne ¼ Stunde nach dem Einnehmen und blieb bei mir nach einer Dosis von 6 Gran volle 36 Stunden danach nachweisbar. Es ist ein im Wasser leicht lösliches gelbes Pigment, das mit Alkalien roth wird, in saurer gelber Lösung lange der Zersetzung trotzt, in rother alkalischer mit Luft geschüttelt, rasch Sauerstoff aufnimmt und zu brenzweinsaurem, ilquisaurem Salze oxydirt wird, wobei die rothe Farbe unwiederbringlich verschwindet. Es verhält sich zum Santonin, wie Hämatöin zum Hämatin, und lässt sich ohne Hilfe des Organismus darstellen, indem man Santonin für sich bei mässigem Luftzutritte schmilzt und sublimirt. Mit Aetzkali geschmolzen bildet sich Santonin. Das oxyd. Santonin gehört somit nur insoferne zur Gruppe der urophanen Körper, als sich mit ihm durch vitale Oxydation ein Pigment bildet. Unverändertes Santonin geht nicht (wenigstens nicht bei mässigen Dosen) in den Harn über.“ — Für die Praxis ist aus diesem Experimente die Thatsache gewonnen, dass Santonin gegen Taenia unwirksam, da es selbst in grösseren Dosen (4 bis 6 Gran) ohne Gefahr genommen und als diuretisches Mittel angewendet werden könne.

Ein anderes Alkaloid habe ich als heilkräftig gegen ein Uebel erprobt, welches wirklich ein wahres Crux medicorum ist. Bei erethisch-skrophulösen Kindern kommt bekanntlich oft der nicht entzündliche Blepharospasmus vor, welcher, wenn er lange dauert, die verschiedensten üblen Folgen, insbesondere Verzerrung der Gesichtsmuskeln, nach sich zieht. Nichts hat mir noch so gute Dienste geleistet, als das Koniin (Coniinae Gr. semis, Ol. amgydal. dulc. Dr. j. solv. S. Täglich 2 bis 3mal die Augenlider einzupinseln (d. ad lag. nigr.). Uebrigens ist Schierling und selbst Petersilienkraut ein uraltes Volksmittel gegen Lichtscheu. — In 8, längstens 14 Tagen, verliert sich der heftigste Blepharospasmus, während man sonst Monate lang mit diesem qualvollen Zustande nicht fertig wird. Auch habe ich das Bestreichen harter Drüsenkonglomerate am Halse mit Koniin wirksam gefunden und ziehe dieses Mittel den Jodsalben vor.

Schliesslich kann ich Ihnen noch Einiges, wie mir scheint, nicht Uninteressante über die Wirkung einiger Mittel in der Albuminurie mittheilen. — Die richtige Beurtheilung jener Krankheitszustände, wobei ein seröser Erguss in das Zellgewebe der Haut das in die Augen fallendste Symptom bildet, und welche unter dem alten, kaum mehr brauchbaren Namen Hydrops bekannt sind, gehört unstreitig zu den grössten Fortschritten der neuesten Medizin. Früher hat man all' diese Zustände immer nur mit Diureticis behandelt. Aerzte und Quacksalber erschöpften sich in Erfindung von Gemischen, welche eine harntreibende Wirkung haben. Ich erinnere mich selbst noch als Unterstabsarzt im J. 1825, wie ich all' meine hydropischen Soldaten mit Decoct. baccarum juniperi kuriren wollte, und wenn nicht Einer medicum und morbum vicit, so ging's ihm schlecht. — Bekanntlich sind nun die pathischen Verhältnisse, welche dem Hydrops zu Grunde liegen, auch im kindlichen Organismus sehr häufig, ja es scheint mir, abgesehen von den physiologischen allgemeinen Verhältnissen, welche Hydrops im kindlichen Alter begünstigen, noch spezielle Diathesen bei manchen Kindern zu geben, vermöge deren sie leichter als Andere in dieser Weise erkranken. So behandle ich jetzt einen starken, kräftigen, 9jährigen Knaben an Albuminurie nach Scharlach, den er vor drei Monaten zum zweiten Male überstanden hat, da er als zweijähriges Kind bereits Scharlach gehabt und nach demselben auch hydropisch geworden. Insoferne als blutig gefärbter, Eiweiss- und Faserstoffzylinder enthaltender Urin als konstantestes Zeichen des akuten Morbus Brightii gilt, bin ich immer bei Behandlung jener Wassersucht, wo ein solcher Harn abging, von der Idee ausgegangen, dass ein entzündliches Nierenleiden zu Grunde liegt, und habe Alles, was die Nieren reizen könnte, gemieden. Es sind mir Fälle vorgekommen, wo lange Digitalis, Squilla, Cremor tartari u. dgl. ganz vergebens angewendet worden sind, und wobei von Tag zu Tag der Kranke mehr anschwoll, während der Urin wie Tinte aussah. In all' diesen Fällen richtete ich mein vorzügliches Augenmerk auf die Nahrung, da überhaupt bei Kindern oft nothwendig ist, Lokalkrankheiten vom allgemeinen Standpunkte aufzufassen, und weniger das Oertliche als das Allgemeine zu berücksichtigen. — Man kommt auf diese Weise in Behandlung mancher Pneumonie mit Acid. sulf. dil. purum, des Laryngismus mit Rheum oder Ol. jecoris, der Tussis convulsiva

mit vegetabilischen Säuren, der Hydrämie im Gefolge führender Exsudativprozesse mit Eisen u. dgl. oft zu überraschend günstigen Erfolgen. — Aus diesem Grunde nun gebe ich auch in diesem Leiden nichts als Milch, und höchstens nebenbei Decoct. Althaeae oder sem. lini. In vielen Fällen reicht ein ausschliesslicher Genuss von Milch und Milchreis hin, um die Funktion der Nieren so zu regeln, dass eine kopiöse, vollkommen eiweissfreie Urinsekretion dem Hydrops ein Ende macht. — Wenn die Milchkur nicht hinreicht, versuche ich durch alkalinische Arzneikörper den Harn zu verändern, und wähle, um ein möglichst homogenes, wegen seiner spezifischen Beziehung in kleiner Dosis wirksames, Alkali dem Harne zuzuführen, den Harnstoff (Urea pura oder Urea nitrica aus Schlangenharn). Nach sechs bis acht Gran Urea beobachtete ich oft profuse Diurese mit schneller Abnahme des Hydrops. — Das Mittel wird in Pulver mit Zucker verschrieben, zu 2 Gran in sechs Theile p. d. und ist leicht zu nehmen. — Da ich schon seit mehreren Jahren in der Albuminurie nach Scharlach die Milchkur anwende, so könnte ich eine grosse Anzahl von Fällen als Beleg für ihren Nutzen anführen; weit geringer ist die Zahl meiner Beobachtungen über die Urea, und ich halte noch keineswegs den Nutzen derselben für ganz erwiesen. Indess glaube ich, dass das Mittel der weiteren Prüfung werth ist; denn ich habe es bisher nur in verzweifelten Fällen angewendet und bin mit dem Erfolge zufrieden, wenn es auch nicht radikal hilft. Ich theile Ihnen hier zwei derartige Fälle in gedrängter Kürze mit.

Satine Franz, 7 Jahre alt, kam am 13. Sept. d. J. in's Spital, vor drei Wochen hatte er Scharlach, mit dem er, nach Aussage der Mutter, auf der Strasse herumlief. Er schwoll vor acht Tagen hydropisch an, der Urinabgang verminderte, man gab ihm Wachholderbeerabsud, und als dies nichts half, suchte man ärztliche Hilfe. — Ein kräftiger Knabe, Zunge roth, rechts unten im Thorax leerer Ton, Bauch 21 Zoll im grössten Halbkreise, Penis, Scrotum, Füsse und Rücken ödematös, Herzschlag ungleichförmig retardirt, 68, Seufzen, Urin sehr wenig, blutig, eiweisshaltig SG. 5,50 Decoct. sem. lini, Milchkost. Vom 17. bis 19. Sept. häufiger Urinabgang zu 3 Seidel im Tage. Abschwellung. Nachmittag am 19. heftige Konvulsionen, bis 3 Uhr früh. Senfteige, kalte Umschläge, Acid. nitric. dil. puri ℈j Aqu. destill. Unc. V. Syrup. alth. Unc. semis. ¼ stündlich.

Am 20. Hydrops im Steigen, Urin braunroth, sehr viel Eiweiss, an der Oberfläche eine Fettschichte, am Boden ein röthliches Sediment. Urea nitrica Gr. jj in 6 Theile, zweistündlich. Das Mittel wurde bis zum 27. Sept. ganz allein gegeben, zum Getränk Decoct. sem. lini; Nahrung: Kakaoschalenkaffee, Reis in Wasser, Semmel und Zwieback. Der Urin floss wasserhell, wenig eiweisshaltig, sehr reichlich, der Hydrops bedeutend vermindert, der Puls langsam, Rhythmus ungleichförmig. Am 28. Sept. fand sich kein Albumen mehr im Urine. Nachdem der Knabe vollkommen genesen war, ohne weiteren Arzneigebrauch, verliess er am 20. Oktober die Anstalt; bis zum 7. Oktober zeigte sich die Diurese bedeutend vermehrt. —

Albertine Sonnleitner, 6 Jahre alt, kam am 4. Sept. in's Spital, war bisher in der Kost und soll vor 3 Jahren Scharlach gehabt haben. Seit drei Tagen erbricht sie, delirirt etwas, Nasenbluten, Dahinliegen, bräunlicher, sehr eiweisshaltiger Urin, die grossen Schamlippen ödematös, hinten beiderseits im Thorax Dämpfung. Am 8. Sept.: Hydrops im Zunehmen, Fluktuation im Bauche, Puls klein, langsam, 88, in der rechten Cruralis und Carotis Nonnengeräusche, Urin braun mit viel Albumin, Umfang des Bauches 21 ³/₄ Zoll. — Milchkost. Wegen eines Erstickungsanfalles in der Nacht erhielt sie: Inf. Digitalis mit liqu. Terr. foliat. tartari. Bei der Frühvisite am 11. Sept. verordnete ich Urea 2 Gran in 6 Theile p. d. Digitalis blieb weg. Am 14. liess sie schon 2 Seidel Urin und schwoll dabei ab; am 24. Sept. verlor sich jede Spur von Albumen im Urine, der in grosser Menge floss; am 2. Oktober wurde sie gesund entlassen. Sie hatte vom 12. bis zum 19. 14 Gran Urea genommen. Das Kind ward gleich bei seinem Eintritte auf die Scharlachabtheilung gelegt und wäre also, wenn es ihn nicht schon gehabt hätte, wahrscheinlich daselbst angesteckt worden. Woher der Morbus Brightii entstand, war nicht klar zu ermitteln.

Bericht über die während der Monate August, September, Oktober 1853 im Dr. Hauner'schen Kinderspitale in München behandelten Kinder. — Von Dr. Emil Gessele, Assistenzarzt an dem genannten Hospitale.

Wir hatten in den oben genannten 3 Monaten 415 kranke Kinder — 351 im Ambulatorium und 64 im Spitale in ärztlicher Behandlung. — Der Krankheitscharakter, der beinahe das ganze Jahr hindurch unter den Kindern einen katarrhösen Anstrich hatte, so dass selbst in den warmen Sommermonaten meist nur katarrhalische Krankheiten unter denselben herrschten, war auch in diesen 3 Monaten derselben Natur.

Der Keuchhusten, der im Sommer seine Herrschaft epidemisch ausübte, währte auch diese Zeit noch fort, ist aber nun im Abnehmen und hat seine Heftigkeit vollkommen verloren. — Wir behandelten 56 Kinder an Tussis convulsiva, dem 2 erlagen. Der eine, ein dreijähriger Knabe, war mit ausgebildeter Rhachitis, im Vereine mit Skrophulose, behaftet, was auch die Sektion zur Genüge nachwies. — Leichenbefund: Der Schädel vorne leicht zu durchsägen, ja zu durchschneiden, der Knochen am Occiput an einzelnen Stellen ganz dünn, beim Durchschneiden dem Sägeblatte ausweichend, zerreissend, venöse Hyperämie des Gehirnes, das Gehirn selbst weich, — etwas Serum in den Seitenventrikeln. Die Bronchien mit grosser Menge zähen Schleimes überfüllt; Bronchialschleimhäute blassroth. Der Thorax links stark rhachitisch gebaut, die Rippenknorpel beider Seiten verdickt, leicht zu durchschneiden. Der obere Lappen der linken Lunge enthielt einen haselnussgrossen im Stadium der Erweichung befindlichen gelben Tuberkel. Der untere Lappen beinahe ganz in Tuberkelmasse umgewandelt. In der rechten Lunge, die an der Spitze leicht adhärirte, zeigten sich mehrere erbsengrosse, graue Tuberkel. Der Peritonäalüberzug der Leber mit Miliartuberkeln übersäet. — Die Leber selber hart, im Durchschnitte brüchig; Miliartuberkeln auf der Oberfläche wie auch im Parenchyme der Milz. Die Mesenterialdrüsen etwas geschwollen.

Der zweite Fall betraf ein im höchsten Grade atrophisches durch ein früheres Darmleiden erschöpftes $^3/_4$ Jahr altes Mädchen, welches schon in der zweiten Woche der Krankheit erlag.

Unsere Therapie gegen den Keuchhusten ist folgende: Wenn

uns die Kinder in den ersten 8 Tagen ihres Leidens zukommen, so geben wir, und häufig mit gutem Erfolge, ein kräftiges Emeticum aus Tart. stib., und zwar deswegen, weil wir gefunden haben dass auf diese Weise das Stadium nervosum in kürzerer Zeit und leichter verlief. Im Stadium nervosum versuchen wir bald Morphium, Belladonna, bald Aqua amygdal. amarae., Aqua laurocerasi. Auch das Acid. hydrocyan., das neuerdings als so wirksam gegen diesen Husten empfehlen wurde, wandten wir an — Dosis von 5 Tropfen auf 1 Unze Syrupus, z. B. Syrupus opiat., täglich 4mal 5—6 Tropfen —, jedoch haben wir uns nicht überzeugen können, dass durch dieses Mittel günstigere Erfolge, als durch alle Blausäure enthaltenden Präparate, erzielt werden. Den besten Erfolg sahen wir im nervösen Stadium, wenn uns die Belladonna im Stiche liess, und wir es mit Individuen zu thun hatten, die frei von jeder entzündlichen Affektion der Lunge befunden würden, von Morphium, und zwar Morph. mariat. gr. $^1/_4$—$^1/_2$ auf $^1/_2$ Unze Aqua Cerasor. nigr. und $1^1/_2$ Drachme Syr. opiat.; davon Morgens und Abends 1—2 Kaffeelöffel, je nach dem Alter der Kranken und der Heftigkeit der Hustenanfälle. Mit Alumen haben wir im Stadium der Lösung bei übermässiger Schleimsekretion mehrere günstige Resultate erzielt. Die Sekretion wurde auffallend vermindert, und die Hustenanfälle nehmen an Heftigkeit und Anzahl ab. (Dosis des Alum. gr. VI—X auf 3 Unzen Wasser und Syr. simpl. ℥vj).

So hat es sich auch in dieser Keuchhustenepidemie wiederholt bewährt, dass wir ungeachtet des ewigen Suchens und Ringens nach einem sicheren und schnellen Heilmittel gegen diese lästige Krankheit — kein Specificum trotz Rademacher, Hahnemann und Schroth zur Zeit noch haben und wir unsere Therapie, wollen wir uns über die rohe Empirie erheben, nach dem Individuum richten müssen. —

Fieberhafter und fieberloser Bronchialkatarrh kam uns 16 Male vor, jedoch ohne irgend eine Komplikation, so dass in leichteren Fällen bei geregelter schleimiger Kost nichts Anderes als ein Decoct. rad. Althaeae, täglich 2 Tassen, verordnet wurde. In ein Paar Fällen gebrauchten wir ein schwaches Infus. rad. Ipecac. mit Tart. emet., worauf vollkommene Heilung folgte.

Ein 3 Jahre altes Kind, das an einem hartnäckigen und langwierigen, wenn auch nicht heftigen, Husten litt, bewies sich bei der Untersuchung als vollkommen rhachitisch. Es war nicht allein

ein schön ausgebildetes Pectus carinatum zugegen, sondern auch eine nach seitwärts ausweichende Verkrümmung der Wirbelsäule (Scoliosis rhachitica); ausser dieser Verbildung des Thorax fanden wir auch noch Auftreibung der Gelenke aller Extremitäten und Verkrümmungen beider Füsse. Die Mutter schien wenig Notiz von der Verkrüppelung des Kindes genommen zu haben und bat nur um Abhülfe gegen den Husten; das Uebrige hatte sie der Zeit anheimgegeben und geglaubt, es werde schon verwachsen.

Bei näherer Inspektion des Thorax zeigte sich, dass bei jeder Exspiration die Rippen an ihren Knorpelverbindungen einzuknicken begannen, und durch die Perkussion konnte am unteren Lappen beider Lungen eine ziemliche Dämpfung wahrgenommen werden. Die Auskultation ergab ausser einem Schleimrasseln über der ganzen Lunge und der der Dämpfung entsprechenden Stelle Bronchialathmen. Fieberhafte Erscheinungen waren nicht vorhanden; Respirationsbeschwerden nicht so ausgeprägt, wie bei einer Pneumonie, und aus der Anamnese liess sich auch nicht schliessen, dass das Kind in den letzten 3—4 Wochen irgend welche Symptome von Fieber gezeigt hätte. Hieraus stellten wir unsere Diagnose auf chronischen Bronchialkatarrh mit Splenisatio rhachitica der Spitze des unteren Lappens beider Lungen, durch mechanische Einwirkung, nämlich durch die beständige Einknickung der Rippen, bedingt.

Die Therapie war einzig und allein eine antirhachitische (deutsche Klinik; klinischer Bericht aus dem Kinderspitale pro 1851—52 von Dr. Hauner in München) ohne alle Berücksichtigung des Bronchialleidens, und das Abnehmen des Hustens ging mit der Rückbildung des ganzen Knochengerüstes auf seinen normalen Standpunkt Hand in Hand. Die Scoliosis und die übrigen oben erwähnten Verbildungen sind zwar bis zur Stunde noch nicht gänzlich gehoben, jedoch gebessert, und zwar in dem Maasse, dass wir Patientin nach längerer Abwesenheit, — da die Mutter sie uns vorzuführen versäumt hatte, — kaum wieder zu erkennen im Stande waren. —

Stomatitis pseudomembranosa et aphthosa, 14 Fälle. Die davon befallenen Kinder waren gewöhnlich schwächlich, durch fehlerhafte Ernährung herabgekommen. Wir gaben ihnen, da sich das Leiden der Mundschleimhaut auch auf die Schleimhaut des ganzen Tractus alimentarius verbreitet hatte, mit bestem Erfolge das Argentum nitricum crystallisatum äusserlich und innerlich. Bei Fällen, wo die Behandlung eine rein örtliche

sein darf, dient wohl Borax venet. mit Rosenhonig als Pinselsaft, um das Uebel rasch zu beseitigen. Wo jedoch die oben erwähnte Komplikation vorhanden ist, da müssen wir den Borax als geradezu kontraindiziert verwerfen, denn der Pinselsaft aus Borax wird von den Kindern, da er süss ist, verschluckt und bedingt sicher eine vermehrte Diarrhöe.

Stomacace wurde 13 Male durch ein höchst einfaches Verfahren zur Heilung gebracht. Wir empfehlen allen an dieser Krankheit Leidenden öfters des Tages den Mund mit 1 Theil Essig und 2 Theilen Wasser auszuspülen und die Zähne fleissig zu reinigen, reichen innerlich ℈j—℥j Kali chloricum auf 2—4 Unzen Aqu. font., lassen diese Solution binnen 24 Stunden nehmen, und befreien die Kranken dadurch von einem sowohl für sie, als für die Umgebung höchst lästigen Uebel in kürzester Zeit.

Angina tonsillaris zählten wir 3 Fälle, von denen zwei, die auf gastrischer Komplikation beruhten, mit Brechmitteln geheilt wurden. Bei dem dritten, einem 2 Jahre alten Mädchen, sahen wir uns genöthigt, da die Entzündung sehr heftig war, und durch die Anschwellung der Tonsillen bedeutende Respirations- und Deglutitionsbeschwerden eintraten, ausser dem Brechmittel Blutegel zu appliziren. Nach dem Abfalle der Blutegel und einer durch $^1/_2$ Stunde erhaltenen Nachblutung liessen wir dem Kinde den feuchten Gürtel um den Hals machen, indem wir zugleich innerlich ein Emuls. oleos. gummos. mit Tart. stib. gr. $^1/_2$ verabreichten. Schon nach drei Tagen war die Krankheit vollkommen gehoben. —

Pneumonie. Von 10 uns zur Behandlung übergebenen Patienten erlagen 2. Wir machten in diesem Leiden bei kräftigen Kindern eine örtliche Blutentziehung, und zwar vermittelst Schröpfköpfen, da diese, unserer Ansicht gemäss, nicht allein der Indikation der Blutentziehung entsprechen, sondern auch zugleich einen wohlthätig wirkenden Hautreiz hervorrufen. Nach der Blutentziehung lassen wir, welches Verfahren in früheren Berichten schon von uns anempfohlen ist, den feuchten Gürtel um den ganzen Thorax legen. Abgesehen, dass derselbe, — richtig angewendet, — an und für sich wirksamer ist als Kataplasmen, bietet er noch den Vortheil, dass dieses Verfahren auch bei den mittellosesten Kranken eingeleitet werden kann und deshalb auch gerne geschieht, zudem erleichtert er bei schwer erkrankten Kindern Eltern und Wärterinnen die Pflege, da er nur alle 3 Stunden erneuert

zu werden braucht, während dies bei Kataplasmen halbstündlich geschehen muss. Bei schwächlichen, besonders dyskrasischen Kindern, bei denen Blutentziehungen nicht anwendbar sind, findet eben wieder der feuchte Gürtel eine Hauptindikation, und die Erfolge, die wir dadurch erzielten, können die glücklichsten genannt werden.

Die Sektion des einen $^3/_4$ Jahre alten Kindes, das uns im letzten Stadium einer Pneumonie zugebracht wurde, ergab Folgendes: Beide Lungen im ganzen Umfange verwachsen; auf ihrer Oberfläche zeigte sich erbsengrosses Emphysem, beim Einschnitte einer solchen Blase konnte man deutlich den erweiterten Bronchus, der in dieselbe einmündete, wahrnehmen. In der linken Lunge sehr beträchtliche Tuberkelinfiltration und zahlreiche kleine mit Eiter gefüllte Kavernen. Das nicht mit Tuberkelmasse infiltrirte Gewebe der Lunge hepatisirt. In den Bronchialdrüsen taubeneigrosse Tuberkeln. Der rechte Vorhof des Herzens war von geronnenem Blute beträchlich ausgedehnt. Muskulatur des Herzens derb. Auf der unteren, der Bauchhöhle zugekehrten, Fläche des Zwerchfelles zahlreiche Miliartuberkeln, die sich auch auf der Oberfläche und in dem Parenchyme der Leber und der Milz vorfanden. Mesenterialdrüsen tuberkulös. Im Magen mehrere kleine kreisrunde Geschwüre bis auf das Muskelstratum gehend und am zahlreichsten gegen den Pylorus zu. Im Anfange des Dünndarmes tuberkulöse Geschwüre, weiter nach abwärts Auflockerung der Schleimhaut. —

Von Pleuritis hatten wir 2 leichte Fälle in Behandlung, welche durch mässige örtliche Blutentziehungen, Tart. stib. in refracta dosi nebst Anlegen des feuchten Gürtels in ziemlich kurzer Zeit zur Heilung gelangten.

Catarrhus gastricus febrilis et afebrilis: 21 Fälle. Von Catarrhus intestinorum kamen 36 Patienten zur Behandlung, von denen 21 das erste Lebensalter noch nicht überschritten hatten, 5 marastisch wurden, bei 8 die Krankheit mit der Dentition zusammenhing, und bei den letzten beiden Fällen, die schon ältere Kinder betrafen, Diätfehler die Ursache des Leidens waren. Unsere Therapie ist hier eine zweckmässige Regulirung der Diät. Wir lassen nämlich die Eltern und Kostfrauen den Kindern keine andere als schleimige Nahrung (Reis, Sago, Gerste- oder Haberschleim) und als Getränke Reiswasser verabreichen. Ferner geben wir, je nach dem Zustande der Erkrankung, Argent. nitricum, Kalomel und Rheum.

Das Argentum nitricum findet insbesondere seine Anwendung bei katarrhösen Leiden der Schleimhaut des Dünndarmes, welche bei kleinen Kindern sehr häufig mit kroupöser Ablagerung auf die Mund- und Rachenschleimhaut im Zusammenhange stehen und einen chronischen Verlauf haben, durch den sie in der Folge, unberücksichtigt gelassen, zur Atrophie und zum Tode führen. Wir brachten durch das Argent. nitr., längere Zeit hindurch angewendet, die hartnäckigsten Diarrhöen, welche allen übrigen gegen derartige Leiden des Darmes in älterer und neuerer Zeit angewendeten Mitteln Trotz geboten hatten, zum Stillstande und sahen auf diese Weise vollkommen atrophische Kinder wieder gedeihen. Bei Anwendung des Mittels passen wir die Dosis $^1/_8$ — $^1/_2$ gr. pro die dem Alter und dem Leiden des Individuums an und reichen es entweder gelöst in Aqua dest. oder in Pulverform mit Sacchar. lactis. Erstreckt sich das Leiden auch bis in den Dickdarm, so unterstützen wir den innerlichen Gebrauch des Argent. nitr. mit Klystiren (gr. II—IV und darüber auf ein Clysma). — Das Kalomel halten wir für indizirt, wenn das Leiden der Kinder akut und bei der Palpation mit Schmerz des Abdomens auftritt, die Kinder aber frei von Aphthen und gutgenährt sind, besonders aber dann, wenn mit dem Darmleiden zugleich Gehirnreizungen vorhanden sind, was sehr häufig bei Kindern in der Dentitionsperiode der Fall ist. In solchen Fällen wird das Kalomel durch kein anderes M[illegible]troffen, denn welches gibt es aus dem grossen Schatze [illegible]a medica, das nicht allein die entzündlichen Schmerzen im Darme mindert und dazu die häufige Ausleerung aufhebt, sondern auch zugleich ableitend vom Gehirne wirkt, wodurch weiteren üblen Folgen vorgebeugt, und besonders manchen späteren Hydropsieen der Grund und Boden verändert wird? — Die Anwendungsweise ist hier die in stärkeren Gaben, nämlich 1—2 Gran pro dosi je nach dem Alter des Kindes und nach der Absicht, schnell und kräftig von dem Gehirne ableiten zu wollen. Oefters verbinden wir das Kalomel mit Magnesia carbonica, besonders wenn Neigung zum Erbrechen vorhanden ist. Gewöhnlich setzen wir den Gebrauch des Kalomels längere Zeit fort, jedoch so, dass wir die Dosis auf $^1/_4$ — $^1/_8$ Gran herabsetzen. Besondere Wirksamkeit hat das Kalomel auch bei Kindern, denen unvernünftigerweise narkotische Getränke, hier gerne Absud von Mohnköpfen, gereicht wurden. Hier wirkt das Kalomel in Verbindung mit oftmaligen kalten Wasserwaschungen des Kopfes beruhigend, gerade

Das erzielend, was durch direkt schlaferregende Mittel vergebens erwartet wird.

Die Verbindung des Kalomel mit Jalape in grösseren Dosen — (Merc. dulc. gr. jß—11, Pulv. rad. Jalap. tost. gjj—jjj. Doses Nr. III S. Stündl. 1 Pulver) — mit darauffolgenden kleineren Gaben nach Coley sahen wir in chronischen Darmleiden (Muco-Enteritis chronica, Catarrh. intestin. chronic.) durch Wegschaffung der enormen Schleimsekretion — wodurch zum Theile auch die Diarrhöe unterhalten und stets neuer Reiz der Schleimhaut hervorgerufen wird — bei einigen verzweifelten Fällen, bei Kindern, die zum Skelette abgemagert und dem Tode verfallen schienen, — von ausgezeichneter Wirkung. Während dadurch schnell nach einander die Ausleerungen und die Abführungen von vielem zähen Schleime bewirkt wurden, kehrten sie später bei Regulirung der Diät und Darreichung von kleinen Dosen von Kalomel und Jalapa zur Norm zurück, und die Kinder genasen. Natürlich ist es nothwendig, dass nicht der mindeste entzündliche Reiz im Darme zugegen ist. — Wir nennen diese Anwendungsweise wunderbar und verdanken der Erfahrung von Coley in der That hier Schönes.

In gastrischen Leiden, fieberhaften und fieberlosen — bei dem sogenannten Status gastricus, der Dyspepsie — Gastrosen —, die, wenn sie längere Zeit bestehen, Atonie des Darmes bewirken, die Ernährung der Kinder beeinträchtigen, in[illegible] fast alle Speisen verschmäht werden, — ist das Rheum ei[illegible]res Mittel.

Wir geben es als Pulvis puerorum Hufelandii oder allein mit Magnes. carb., oder aber zugleich als Expectorans in einem schwachen Infusum mit Ipecac., und zwar folgendermaassen: Rp. Rad. Ipecac. gr. jj, Rad. Rhei gr. Vj—Vjj ad Infus. ℥jj Syr. cort. Aurant. oder Syr. Diacad. ℥j.

Auch der Syrup. Cichor. cum Rheo, der Syrup. domesticus findet bei ähnlichen Leiden kleiner Kinder seine Anwendung und ist ein unentbehrliches Mittel in der Kinderpraxis.

Schon im Sommer kamen uns mehrere Fälle von leichter Dysenterie — leichte Sommerruhren oder Sommer-Diarrhöen (Diarrh. aestiva) — bald nach einander vor; dieselben steigerten sich in den letzten 3 Monaten auf die Zahl 17 und zeigten bei einigen Individuen einen ungemein raschen Verlauf.

Die pathognomonischen Zeichen für diese Leiden sind: der Tenesmus, die Art der Ausleerungen, Schleim mit Blut, nur in

kleiner Quantität und mit Schaum vermischt; Kollern im Leibe und Schmerz bei der Berührung der rechten Seite, grosse Entstellung der Gesichtszüge.

Kalomel mit Opium — von ersterem gr. $^1/_8$—$^1/_6$ und von letzterem gr. $^1/_{20}$—$^1/_{12}$ — Clysmata amylacea, Bäder und strenge Diät heilen die Leiden rasch.

Wie chronische Darmleiden — langdauernde dysenterische Prozesse — wenn sie auch nicht selbst zum Tode führen — die Konstitution kräftiger Kinder untergraben und Folge-Krankheiten selbst der fürchterlichsten Art, herbeiführen, hat uns erst lebhaft ein im Spitale an chronischer Dysenterie behandelten Mädchen gezeigt. — Kreszentia Maier, 1 Jahr 10 Mt. alt, lag seit mehreren Wochen an Dysenteria im Spitale. Die strengste Auswahl der Kost, Bäder, der Verbrauch der sonst bewährtesten Medikamente — die grösste Reinlichkeit in Bett und Wäsche — gesundes Zimmer, Alles, was nur von guter Wirkung hätte sein können, wurde verwendet — aber umsonst. — Wenn auch die Kleine für einige Tage sich besser zeigte, mehr ass und besser verdaute, die Stuhlentleerungen seltener und fäkulenter wurden, traten immer wieder Verschlimmerung und Rückfall ein.

Das Kind befand sich in einem Zimmer, in das später ein Mädchen mit akuter Nekrose nach Pseudoerysipelas aufgenommen wurde, — das natürlich die Luft in diesem Saale sehr verdarb, — und konnte wegen Raumüberfüllung im Spitale nicht transferirt werden.

Aus dieser Ursache konnte bei der äusserst geschwächten Konstitution das plötzliche Auftreten einer Noma bei unserer Kranken nicht überraschen, der wir zwar durch sorgsame Wartung und Pflege und bei der Anwendung der nöthigen Medikamente Meister wurden. — Nach Extraktion der oberen vier Schneidezähne reichten wir innerlich eine Solution von Kali chloric. ʒj in ℥jv, 2 stündl. 2 Esslöffel voll, dann Chinin. sulfur. gr j pro dosi, täglich 3 solche Dosen; kauterisirten das gangränöse Geschwür kräftig mit Lapis infern. in Substanz und bedeckten die Geschwürsfläche mit — in eine Solution (von Kali chloric. ʒjjj in ℔β) getauchtem Charpiebäuschchen. — Allein kaum hievon befreit, befiel die arme Kleine ein pseudoerysipelatöser Prozess, der von der linken grossen Schamlippe ausging, sich auf die rechte fortpflanzte und bis über die unteren Extremitäten und das Abdomen sich verbreitete, worauf die Kranke endlich den vielen Leiden erlag.

Die Sektion ergab, ausser einem freien Ascites von ungefähr einer halben Maass, chronische dysenterische Geschwüre von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer grossen Linse, welche über den ganzen Dickdarm verbreitet waren.

Gegen Helminthiasis suchten 5 Kinder Hülfe, 2 davon litten an Ascaris vermicular., die anderen 3 an Ascar. lumbricoid. Stets gelangen wir beim Spulwurm durch die gewöhnlichen Anthelmintica, — als Pulv. Sem. Cynae, Pulv. rad. Valerian. mit darauffolgenden Laxantien von Kalomel c. Jalap. oder Ol. Ricini rasch zum Ziele. Bei Ascaris vermical. aber erfordert die Behandlung einen grösseren Zeitaufwand, um die daran Leidenden von ihrem höchst lästigen Uebel zu befreien. Für am zweckdienlichsten halten wir Klystire aus Milch und Knoblauch, — später mit frischem Wasser.

Einfache Konstipationen wurden 9mal durch milde Laxantien — Syr. Rhei, Syr. domestic. — gehoben.

Icterus bei schon grösseren Kindern bot sich uns 3mal zur Beobachtung dar. Wir geben den Kranken Rheum und Cremor tart. pro potu. — Das Friedrichshaller Wasser, Anfangs täglich 1 Weinglas, später 2, hat uns ebenfalls schon rasche Hilfe geleistet. Warme Bäder verfehlten ihre Wirkung nie.

Icterus spurius, d. h. gelbe Färbung der Haut bei kleinen Kindern, sahen wir öfters. Es wird für dieses Leiden, — das sicher mit der Unterbindung der Nabelgefässe zusammenhängt und hier weder einer Verkältung, noch einer Unwegsamkeit der Gallengänge etc. seine Entstehungsweise verdankt, — in den wenigsten Fällen ärztliche Hilfe nachgesucht. Nur in schwereren Formen, wo Erbrechen, Verstopfung bei solchen Kindern eintritt, oder wo die Augen zu eitern beginnen — was leider nicht als von dieser Krankheit herrührend, sondern als üble Komplikation bei der Ophthalm. neonat. vorkommt, — was aber von so vielen alten Mütterchen, Hebammen und Kostfrauen dahin gedeutet wird, als hätte sich die Gelbsucht auf die Augen geworfen, sei aber gar keine recht gefährliche Krankheit, — werden den Aerzten diese Kinder gebracht. Wir berücksichtigen das Grundleiden, geben milde Laxantien, Syr. Cichor. c. Rheo, Kalomel, lauwarme Bäder u. s. w.

Von unserer Behandlung der Ophthalm. neonat. weiter unten.

Mit Irritatio und Hyperaemia cerebri kamen 17

Kinder zur Behandlung, die alle unter einem Jahre waren. Es ist hier von wesentlichem Nutzen für die Prognose sowohl, als die einzuleitende Therapie, das sekundäre, symptomatische Leiden des Gehirnes von dem des primären zu unterscheiden, was aber nicht immer leicht ist, da ja die Symptome hier und dort die nämlichen sein können. — Was bei den ersteren aus fehlerhafter Ernährung aus einem Leiden des Magens und der Gedärme, — was selbst in einem weit fortgeschrittenen Stadium durch Verschlechterung des Blutes, — nicht unrichtig Intoxikation in schwächerer Potenz als z. B. bei Scarlatina, bei Vergiftung anderer Art, genannt, — geschehen kann — geschieht in den zweiten Fällen durch Hyperaemia cerebri oder, ohne dieselben, durch gestörte Entwickelung einzelner Gehirntheile, z. B. während der Periode der Dentition.

Auch Dyskrasieen, — Skropheln und Rhachitis, — und von diesen in specie das untergeschobene Hinterhaupt und die Craniotabes können ebenfalls Gehirnreizungen bewirken.

Es würde zu weit führen, darüber in Monatsberichten zu sprechen; der Vorstand des Spitales, Herr Dr. Hauner, wird diesem Kapitel in dem in kurzer Zeit erscheinenden Jahresberichte eine besondere Aufmerksamkeit geben. Es sei hier nur gesagt, dass wir eben wegen unseres so genauen Individualisirens bei diesem Leiden eine so verschiedene Therapie beobachten und dabei glücklich sind. So werden bei uns solchen Kranken bald Kalomel, bald Ferrum, bald Laxantia, bald im Gegentheile Roborantia gegeben, — bald wird exzitirend, bald beruhigend verfahren, je nach dem einzelnen Falle.

Die Spitalbücher führen in jedem Jahre Kinder auf, die von Epilepsie, Chorea St. Viti oder Krampfkrankheiten, die ein Zwischending dieser Uebel bildeten, befallen waren, in der Anstalt Hilfe suchten und meistentheils geheilt, oder doch wesentlich gebessert, aus derselben entlassen wurden.

Unter allen Fällen, 18 an der Zahl, ist nur ein männliches Individuum — ein Knabe von 9 Jahren — aufgeführt. Alle übrigen betreffen Mädchen, die in einem Alter von 4—12 Jahren standen.

Bei allen ist die Ererbung dieses Leidens, oder sein Bedingtsein durch eine organische Erkrankung irgend eines Theiles, am seltensten in den fleissig gewonnenen anamnestischen Momenten und bei den genau angestellten Untersuchungen der Kin-

der zu finden. Die Hauptrolle für Entstehung dieser Krankheiten bilden Schrecken, Onanie, üble Erziehung und Verweichlichung der Kinder, früheres immerwährendes Kränkeln und verschiedene Nervenstörungen derselben und nervöse, schwächliche Konstitution der Eltern, gewöhnlich aber der Mütter. — Auffallend stark ist das weibliche Geschlecht vertreten, so dass in ihm eine vorwaltende Disposition zu dieser Krankheit mit Recht angenommen werden kann.

Da der Vorstand des Spitales im letzten Jahresberichte schon über einige Fälle referirt und unsere Behandlungsweise besprochen hat, — derselbe in einer eigenen Schrift über Krampf- und Nervenkrankheiten demnächst sich ausführlich ergehen wird, bleibt mir hier nur übrig, zweier Fälle zu gedenken, die wir in jüngster Zeit behandelt haben, von denen selbst der eine noch im Spitale in Behandlung steht, und ich glaube, dass die Krankengeschichten manches Interesse erregen dürften.

Erster Fall. Magdalena Benz, 7½ Jahr alt, Buchbinderstochter von Neuburg a/D., ein wohlgestaltetes, für ihr Alter gut und regelmässig entwickeltes, von gesunden Eltern abstammendes Kind, bis in ihr 4tes Lebensjahr vollkommen gesund, leidet, nach Angabe der Mutter, seit dieser Zeit an mehrmals des Tages auftretenden Nervenzufällen der Art, dass es — ohne alle vorhergegangenen bemerkbaren Erscheinungen — plötzlich sowohl im Sitzen, wie im Stehen, Gehen etc., am häufigsten beim Lesen und Schreiben — seines Bewusstseins nicht mehr mächtig ist, die Augenlider weit öffnet, die beiden Bulbi ocul. nach aufwärts rollt, den Kopf nach rückwärts wirft und mehrmals nach einander ein und dieselben unverständlichen Töne lallt; nebenbei röthet sich die Conjunctiva beider Bulbi in geringem Grade und bleibt in diesem Zustande eine kurze Zeit nach Ablauf des Anfalles, — welcher nie die Dauer von 1—2 Minuten überschreitet. — Der Gang gleich nach dem Anfalle ist kurze Zeit schwankend.

Mit diesen erneuerten anamnestischen Momenten wurde die Kleine am 17. September d. J. in's Hospital aufgenommen und einer genauen Untersuchung und Beobachtung untergestellt.

Erstere ergab nicht die geringste organische Veränderung irgend eines Theiles des Körpers, der Schädel ist normal gebaut, in der Wirbelsäule nichts Abnormes zu entdecken, Gefässsystem, Respirations- und Digestionsapparat bieten keine Anomalieen dar;

bei letzterer befanden wir die Angaben der Mutter in Betreff der eintretenden oben beschriebenen Zufälle als vollkommen richtig, nur den einzigen Unterschied — wenn er als solcher angeführt werden darf — konnten wir bemerken, dass der Kranke während der Anfälle, statt unverständliche Töne zu lallen, die deutlich zu verstehenden Worte „halt's mich" mehrmals nach einander aussprach. Die Zahl der in der Anamnese beschriebenen Paroxysmen waren vom 17. Sept. bis 21. desselben Monats täglich 10—12.

Unsere Diagnose stellen wir auf ein Gehirnleiden und zwar epileptischer Art, jedoch im schwächsten Grade, nämlich auf eine Aura epileptica.

Vom Eintritte des Kindes in's Spital bis zum 22. September wurde dasselbe, — weil es sich sehr schwer einzugewöhnen schien und nicht periculum in mora vorhanden war, — von jeder eingreifenderen Behandlung frei gelassen.

Am 23. nun unterstellten wir Patientin einem kalten Regenbade und gaben ihr innerlich Pulver aus Rad. Valerian. und Flor. Zinci ana gr. 1/4, täglich 4 solche Dosen. Das Kind liess sich die Douche gutwillig gefallen. — In der angelegten Weise der Therapie fuhren wir, ohne merkliche Veränderungen zu beobachten, bis zum 28. d. Mts. fort. Von da an verminderten sich die Anfälle — jedoch ohne alle Abweichung von den früheren — bis auf die Zahl 6—7 täglich; hierauf stiegen wir mit Valerian. und Zinc. auf ana gr. 1/2, gaben aber nur 3 Dosen pro die. Der Douche wurde das Kind ebenfalls noch täglich untergestellt. In den nächstfolgenden Tagen nun, vom 2. bis zum 7. Oktober, trat in der Anzahl der Paroxysmen eine auffallende Schwankung ein, so dass manchen Tag 6—8, Tags darauf aber nur 2—3 Anfälle sich zeigten. Am 8. Oktober stiegen wir abermals mit dem Pulver aus Val. und Zinc. um 1 Dosis, so dass Patientin ana gr. jj des Tages erhielt. Von dieser Zeit an bis zum 17. d. Mts. wurde von den Anfällen nie mehr die Anzahl 3 des Tages überschritten, und diese waren hin und wieder so schwach, dass sie ohne genaue Beobachtung leicht übersehen werden konnten.

Am 18. Oktober reichten wir — ausser dem Pulver und der noch immer fortgesetzten kalten Douche — auch ein Decoct. Artemisiae vulgar., Morgens und Abends 1 Tasse zu trinken. Von nun an bis zum 31. kamen die sehr schwachen Paroxysmen nur mehr im Laufe des Vormittags und beschränkten sich in der Re-

gel auf die Zahl 1, nur hie und da trafen auch noch 2 zu. Vom 1. November bis zur gegenwärtigen Zeit war Patientin schon 2 Tage ganz ohne Anfall, während die übrigen Tage nicht mehr als ein einziger — und der überdiess sehr schwach und nicht länger als 15—30 Sekunden dauernd — eintrat.

Da wir nun durch diese einfache Therapie, — bei der das kalte Wasser sicher die Hauptrolle spielt, und bei einer geregelten, milden Diät, — das Kind bekommt nur Suppe, weisses Fleisch und frisches Gemüse, eine solch' merkliche Besserung in dem Krankheitszustande des Mädchens erfreulicher Weise erzielt haben, ist kein Zweifel vorhanden, dass in kurzer Zeit unsere Patientin, die an Frische des Aussehens, so wie an Kraft, täglich auch gewinnt, vollkommen geheilt das Spital verlassen wird.

Zweiter Fall (mitgetheilt von Dr. A. Wertheimer.) Maria Gross, 5¼ Jahr alt; wurde am 4. Aug. in's hiesige Kinder-Spital aufgenommen. Sogleich bei ihrem Eintritte in's Spital verrieth Patientin eine krankhafte Nervenstimmung; sie zeigte eine aussergewöhnliche Lebhaftigkeit in allen ihren Bewegungen, sprang auf die Stühle, setzte sich jedoch nie ruhig darauf nieder, sondern rückte auf denselben beständig hin und her, biss Jeden, der sich ihr näherte und stiess fortwährend unartikulirte Laute aus.

Aus den unzureichenden Angaben der Mutter über das frühere Leben des Kindes ergibt sich, dass dasselbe nur 4 Wochen mit Muttermilch genährt worden, erst spät und schwer gezahnt und fast ein ganzes Jahr lang an Konvulsionen gelitten habe. Mit 1½ Jahren lernte es laufen und ist nie im Stande gewesen, zu sprechen. Ausserdem bemerkte die Mutter seit einem Jahre mehrmals Würmer abgehen.

In den ersten Tagen ihres Aufenthaltes im Spitale beobachtete man an der Patientin ausser den oben angeführten Erscheinungen noch folgende:

Kontraktur der rechten oberen Extremität, Schwäche der unteren, Unsicherheit in den Bewegungen, lallende Sprache, hastiges Schlingen (beim Trinken presst Patientin das Glas fest zwischen die Zähne und verschlingt gierig die ihr gereichte Nahrung); häufige Drehungen des Körpers, die sich bis zu förmlichen Anfällen steigerten. Patientin liess sich dabei plötzlich auf den Boden nieder, drehte sich auf den Hinterbacken rasch im Kreise von links nach rechts und begleitete diese Drehungen mit

lebhaften rotatorischen Bewegungen des rechten Armes. Oft zeigten sich diese choreaähnlichen Anfälle auch bei aufrechter Körperstellung.

Diese obengenannten Anfälle wechselten mit Paroxysmen anderer Art, die sich hauptsächlich als tonische, selbst tetanusartige Krämpfe kund gaben und wobei die Respiration in hohem Grade mühsam und röchelnd war. Nach diesen Anfällen, welche nie eine Dauer von 5 Minuten überschritten, befand sich Patientin relativ wieder wohl. Die Intelligenz war etwas vermindert, doch keineswegs aufgehoben. Einzelne konvulsivische Bewegungen, besonders in den Gesichtsmuskeln, dauerten auch ausser den Paroxysmen fort, am konstantesten die Verzerrung und Wiedergeradstellung der Lippenfuge, mastikatorische Bewegung des Unterkiefers. Der Schlaf ziemlich ruhig.

Bemerkenswerth ist ferner, dass Patientin auch Onanie treibt. Im Allgemeinen ist Patientin wohlgebaut, der Schädel normal gebildet, in der Wirbelsäule keine Veränderung, keine besondere Vorragung irgend eines Wirbels wahrnehmbar. Herztöne von keinem Aftergeräusche begleitet. Respirations- und Digestions-Apparat bieten keine Anomalieen dar, nur hatte Patientin mehrere Tage vor ihrem Eintritte in's Spital an Konstipation gelitten.

Ordinat. Am 5. bekam die Kranke eine kalte Douche.

„ 6. Laxans e Gi-gutt.

Aloës socc. ana gr. V.

Vom 7. bis 15. Strychnin. sulfur. gr. 1/12 pro die und kalte Douche. Hierauf trat Besserung der wesentlichsten Krankheitserscheinungen ein.

Vom 16. bis 30. wurde eine Veratrin-Salbe längs der Wirbelsäule eingerieben. Die Onanie bessert sich.

Am 1. Sept. wurde Patientin von den Masern befallen; diese nahmen ihren regelmässigen Verlauf, ohne einen merklichen Einfluss auf das Hauptleiden auszuüben.

Stat. praes. Den 12. Sept. subparalytischer Zustand des rechten Armes, welke, atrophische Muskulatur desselben, die Hand dieser Extremität von ihrem Gelenk aus nach rechts verzogen, (die Kranke bediente sich ausschliesslich des linken Armes), Paresis der unteren rechten Extremität, Gang unsicher, schwankend; heftiger Strabismus, (stärker am linken Bulb. als am rechten) der nicht ununterbrochen anhält, sondern täglich mehrmals ein-

tritt; Pupille von normaler Weite und Beweglichkeit; Auge mattglänzend; der linke Mundwinkel verzogen, von Zeit zu Zeit Schütteln mit dem Kopfe; eine sonderbare Erscheinung ist, dass die Kranke gern die rechte Hand unter das Kinn hält, und dieses auf den Handrücken stützt. Die Intelligenz etwas geschwächt. Patientin zeigt Sinn für Ordnung und man kann durch Ansprache ihre Aufmerksamkeit auf einige Minuten fesseln.

Diagnose. Es ist unverkennbar, dass die oben beschriebenen Anfälle, aus den früher vorhandenen Konvulsionen herausgebildet, gleichsam eine höhere Potenz derselben darstellten, welche Steigerung gewiss durch die Weiterentwickelung des Grundleidens hervorgebracht wurde.

Diese Paroxysmen, in denen weder die Charaktere der Chorea, noch die der Epilepsie deutlich ausgesprochen waren, der an Hemiplegie gränzende Zustand der rechten oberen und unteren Extremität, der hartnäckige Fortbestand des Strabismus, des Unvermögens, zu sprechen etc., lässt mich mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, dass wir es hier mit keiner reinen Neurose zu thun haben, dass vielmehr allen diesen Erscheinungen eine materielle, als Krankheitsursache fortwirkende, Veränderung im Gehirne zu Grunde liege, welche nunmehr durch längere Gewohnheit leichter ertragen wird und auf welche keine so stürmischen Reaktionserscheinungen mehr erfolgen, die aber dennoch hinreichend ist, um gewisse Symptome andauernd zu unterhalten. Welcher Art nun diese materielle Veränderung sei, lässt sich nicht mit Gewissheit bestimmen. Wahrscheinlich ist, dass eine pseudoplastische, vielleicht tuberkulöse, Ablagerung im Gehirne vorhanden ist. Der Komplex der Erscheinungen gestattete eine Vermuthung über den Sitz der Krankheit:

Da die Hemiplegie rechtseitig, die Drehungen von links nach rechts stattfanden, konvulsivische Zuckungen besonders in der linken Gesichtshälfte auftraten, einige Paroxysmen durch bedeutende Respirationsstörungen ausgezeichnet waren, die Sprache immer lallend geblieben, liegt die Vermuthung nahe, dass der Sitz der krankhaften Veränderung in dem Pons Varoli und der angränzenden Medulla oblong. ist. Dafür spricht auch jene Stelle in „Romberg's N. Kr." wo es heisst: „Der eigenthümliche Verein der paralytischen Symptome in den Gesichtsnerven der einen, und in den Nerven der Extremitäten der anderen Seite, lässt schon während des Lebens den Sitz der Krankheit (in der

Varolsbrücke und benachbarten Med. obl.) mit einiger Sicherheit feststellen." Es muss ferner, nach der physiologischen Norm der Leitung in gekreuzter Richtung, die pathologische Veränderung in der linken Gehirnhälfte lokalisirt sein.

Ich füge dieser Krankheitsgeschichte bei: Nachdem sich die Kranke von den Masern wieder erholt hatte, wurden derselben drastische Abführmittel gereicht, — einmal, um die wieder eingetretene Konstipation zu beseitigen, und dann, um zu sehen, ob keine Spulwürmer vorhanden wären, die allerdings, wenn nicht als Ursache des beschriebenen Leidens, doch als verschlimmernde Komplikation wirken konnten — auf die aber keine Würmer abgingen, aber doch regelmässigere Stühle und bessere Verdauung erzielt wurde. Später wurde mit kalter Douche und der Darreichung von Nux vomica in etwas stärkeren Dosen gr. $^1/_{16}$—$^1/_{10}$ wieder fortgefahren.

Nach mehrwöchentlicher Behandlung hatten wir doch in so weit eine Besserung unserer Kranken bewirkt, dass nicht allein die heftigen Anfälle ganz nachliessen, sondern dass auch das Mädchen bei ernsterer, strenger Behandlung ihres störischen Wesens, folgsamer, williger und somit vernünftiger sich bewies, — dass die Muskelkraft sich mehr entwickelte, der Appetit, die Verdauung, die Stühle geregelter wurden und das für unheilbar erklärte Mädchen wohlgebessert, zu einer weiteren Behandlung auf dem Lande — wohin man sie zu bringen wünschte — aus dem Spitale abgegeben wurde. — Wir werden seiner Zeit auf diesen Fall zurückkommen.

Lähmungen des Nervus facialis bei Kindern sind in den Spitalbüchern nur 4 eingetragen, und zwar betrifft der eine Fall ein Kind von 8 Tagen, das durch den Druck der Geburtszange an linkseitiger Lähmung in der Gesichtsverzweigung des Facialis litt. Zwei andere Fälle fallen auf Kinder von 2½—3 Jahren, die an Lähmung der peripherischen Bahn dieser Nerven bei Tuberculosis des Gehirnes und Nekrose des Felsenbeines litten; — über diese Vorkommnisse ist aber zum Theil schon bei der Aufzählung benannter Krankheiten in früheren Berichten referirt worden. Der 4. Fall endlich, der ein Mädchen mit 12 Jahren angeht, und wo die Faserung des Facialis im Gesichte durch Einfluss der Zugluft paralysirt wurde, soll hier wegen des seltenen Vorkommens und der Entwickelung des Ver-

laufes durch die von dem diese Kranke behandelnden Praktikanten Herrn Dr. Kerschensteiner genau ausgearbeitete Krankengeschichte seine Beschreibung finden:

Dritter Fall. Marie Sterner, 12 Jahre alt, Maurerskind aus München, war bis zum Auftreten der vorliegenden Krankheit frei von jedem chronischen und akuten Leiden. Vor ungefähr 6 Wochen hatte sie eine, der Beschreibung der Eltern und den noch sichtbaren Residuen nach, unzweifelhaft rheumatische Anschwellung der linken Wangengegend und des Zahnfleisches, von heftigen Zahnschmerzen begleitet. Als sie eines Morgens erwachte und einige Zeit darauf lachen wollte, fühlte sie, was auch die Eltern bemerkten, dass die linke Gesichtshälfte in der unten zu beschreibenden Ausdehnung lahm war. Die rheumatischen Schmerzen liessen nach, schwanden ganz, die Anschwellung theilweise, die Unbeweglichkeit gar nicht. Der Habitus ist etwas skrophulös, der Haut und Nasenform nach. Am 2. August betrat sie das Spital und die Untersuchung ergab Folgendes:

Die linke Gesichtshälfte war von der Medianlinie bis zum Ohre, vom oberen Ende des Stirnmuskels bis zum unteren Rande der Mandib. vollkommen gelähmt, d. h. die mimischen Gesichtsmuskeln, die Kaumuskeln waren frei. Unvermögen, die Augenlider zu schliessen, was nach Romberg von der übermässigen Kontraktion des Musc. levator palpebrae sup. herrührt; Unmöglichkeit, die Stirne zu runzeln, die Nase zu rümpfen, mit den Lippen resp. dem Antheil der gelähmten Seite vollständig die Mundspalte zu schliessen, die Oberlippe nach oben, die Unterlippe nach unten zu bewegen, die Haut der Wange zu falten. Die ganze kranke Gesichtsseite ist glatt, ohne die gewöhnlichen Erhebungen und Vertiefungen, was zwar bei den meisten gutgenährten Kindern die Regel ist, hier aber nicht blos der Lähmung, sondern auch der 1—3''' hohen Infiltrations-Geschwulst zuzuschreiben ist. Die Haut, welche die gelähmten Partieen bedeckt, ist nicht im Geringsten entfärbt, erblasst. Die Muskeln des Augapfels, des Kauapparates, der Zunge, des Rachens und der Zungenbein- und Speiseröhrengegend, sowie die Hautmuskel des Halses waren frei. Nur ein etwas bemerkbares Stottern, Schwierigkeit, die Lippenbuchstaben deutlich auszusprechen, waren anfangs vorhanden, ein niederer Grad von beschwerlichem Schlingen, was von gestörter Innervation des Digastr. maxillae infer. und styloglossus herrührt. Das Zäpfchen steht gerade, das linke

Gaumensegel ist beweglich, die Schling- und Athembewegungen gehen jetzt wieder ganz ungestört vor sich; die Lähmung erstreckt sich nunmehr nur über die eigentlich mimischen Antlitzmuskeln, welche sämmtlich ihren Insertions- oder beweglichen Punkt in der Haut haben. Die kranken Aeste des Fac., und die gelähmten Muskeln sind folgende:

Muskeln.	Nerven.
1. Stratum externum musc. und	1. Ramus zygom. secund. seu temporalis med. und
2. Orbicul. palp.	2. Ram. tertius s. temp. anter. und deren Anastomosen mit dem Subcutaneus malae.
3. Zygomaticus major et minor, äussere und innere Partieen des Orbic. palpebr.	3. Ram. zyg. quart. und dessen Anastomosen mit dem subcut. malae.
4. Orb. palp.	4. R. zygom. quintus.
5. Frontalis, orb. palp., Compressor narium, Levator lab. sup. alaeque nasi.	5. R. facialis sup.
6. Zygom. maj. et min.	6. „ „ medius.
7. Orbicularis oris, Levat. lab. sup. alaeque nasi, und	7. „ „ inferior.
8. Compressor narium, Orb. palpebr.	8. „ „ infimus.
9. Risorius Santorini, depressor anguli or.	9. „ marginis maxillae inferioris.

Allgemein ausgedrückt leiden die Ausstrahlungen des sogenannten grossen Gänsefusses.

Aus dieser anatomischen Darstellung ergibt sich, dass die Krankheitsursache den Nerven nach seinem Austritte aus dem Griffelwarzenloche berührt habe und zur Zeit noch berühren müsse. Unmittelbar nach seinem Austritte aus diesem Kanale des Schläfenbeines kann er aber auch nicht gelähmt sein, weil mehrere Aeste, z. B. der Ramus zygomat. primus seu tempor. post. und der Subcut. colli, wie aus obiger Zusammenstellung ersichtlich ist, frei sind. Keinerlei, weder idiopathische noch reflektirte Sensibilitätserscheinung, vom Quintus kommend, oder etwaige Störung eines naheliegenden Sinnes, des Auges, Ohres, Geschmackes ist bemerklich. Der etwaige Verdacht auf centralen

Ursprung, oder auf die Einwirkung einer Ursache während des Verlaufes auf und im Schläfenbeine wird durch den Man el aller hierzu erforderlichen Erscheinungen unbedingt zurückgewiesen. Ohne Zweifel war eine Verkältung, eine Funktionsstörung der Haut die Ursache der Neurose, durch welche Reizung, Injektion, Stase und Ausschwitzung im Neurilem der Aeste der mimischen Antlitznerven, des grossen Gänsefusses, der so geeignet zur Theilnahme an rheumatischen Affektionen des laxen, und deshalb zur Infiltration so sehr geneigten Unterhautbinde- und Fettgewebes der Wange eingebettet ist. Die Ursache der fortdauernden Lähmung möchte hier eine doppelte oder gar dreifache sein: 1) Die Ausschwitzung im Neurilem selbst; 2) der Druck der serösen Infiltrate in den umgebenden Zellgewebsmaschen und in deren sämmtlichen Ausstrahlungen in die Muskel- und Fettschichten; 3) ist möglicherweise die Lähmung selber Ursache der Infiltration und dadurch zugleich sekundär sich selbst befördernd. Es sind nämlich die Gesichtsäste des Facialis gleichzeitig auch die vasomotorischen Aeste der grösseren Antlitzvenen. Hört nun die Thätigkeit dieser Gefässnerven auf, so vermindern sich die Kontraktionen der Venenhäute, der Blutlauf wird in ihnen langsamer und die nächsten Folgen dieser Unthätigkeit der rückführenden Gefässe sind wässerige, ödematöse Ausschwitzungen. Für rheumatische Ursache spricht auch ferner das plötzliche Auftreten, was fast pathognomonisch ist, das Erkranken der linken Gesichtshälfte, welche häufiger ergriffen sein soll bei rheumatischer Veranlassung, als die rechte.

Demnach lässt sich nun die Diagnose mit Bestimmtheit stellen auf eine: „Lähmung der peripherischen Verzweigungen der Gesichtsnerven (mimische Gesichtslähmung der Autoren), entstanden aus rheumatischer Ursache."

Der Verlauf wird sich nicht sehr in die Länge ziehen, da er nach Angabe mehrerer Schriftsteller (Romberg, Canstatt) selten über 6 Wochen dauert. Zwar wird die Leitungsfähigkeit, was gerade bei der Lähmung des Facialis bemerkenswerth ist, nicht in allen Zweigen gleichzeitig zurückkehren, sondern successiv in den einzelnen nach einander, nach dem Gesetze der isolirten Leitung. Zurückbleiben wird, im trübsten Falle, ein Kleinersein des linken Auges, welches Romberg aus einem Uebergewicht des Musc. orbic. palp. über den in Folge seiner zuvor gesteigerten Kontraktion erschlafften Levator palpebr. sup. erklärt.

Man übe die antirheumatische Behandlung, etablire eine länger offen zu erhaltende Eiterungsfläche zwischen Kieferwinkel und Zitzenfortsatz, reiche leichte Diaphoretica; örtlich die trockene Wärme. Sehr häufig heilen dergleichen Lähmungen von selber, bei Abhaltung von Schädlichkeiten, besonders von neuen Verkältungen. Da jedoch die günstigen Resultate der Behandlung der mimischen rheumatischen Gesichtslähmungen mit Elektrizität allenthalben bekannt sind, so wäre hier die Anwendung des Elektro-Magnetismus mittelst eines Bunse'schen Rotationsapparates sicher anzuempfehlen.

Die gegen dieses Leiden eingeschlagene Therapie war in den ersten 17 Tagen feuchte Wärme auf die gelähmte Seite. Darauf liessen wir 10 Tage lang kalte Douche derselben Seite folgen, sahen jedoch keinen Erfolg davon. Nun schritten wir zum Unguent. veratrin. (grij—ʒj), welches wir 2 Wochen lang täglich 2mal erbsengross hinter das linke Ohr einreiben liessen, wodurch wir aber ebenfalls keine Besserung eintreten sahen. Diesen fruchtlos angewendeten Mitteln reihten wir die Anwendung des Elektro-Galvanismus mittelst eines Bunse'schen Rotationsapparates an, täglich 1 Session von der Dauer einer halben Stunde und zwar in der Art, dass wir den Kolben hinter dem Ohre an der Austrittsstelle des Nerv. facialis aufsetzten und mit dem anderen Kolben über die gelähmten Zweige wegstrichen. Hiedurch nun konnte man in einigen Tagen schon merkliche Beweglichkeit einzelner gelähmter Theile bemerken, welcher nach und nach wieder andere Partieen folgten, bis zuletzt nach 22 Sessionen das Mädchen vollkommen geheilt entlassen wurde.

Ein $9^1/_2$jähriges, kräftig gebautes, zeither immer gesundes Mädchen verloren wir nach kurzer Krankheit im Spital an Myocarditis; wohl eine seltene und schwer zu erkennende Krankheit. Auch wir waren nicht so glücklich, das Leiden zu diagnostiziren, vielmehr behandelte man das Mädchen 2 Tage an akutem Gelenkrheumatismus, und konnte bei dem Auftreten desselben bei genau gepflogener physikalischer Untersuchung keine erkennbare Veränderung im Herzen entdecken. Erst am 3. Tage der Krankheit traten Erscheinungen einer Herzaffektion, welche wir als Perikarditis hinnahmen — die auch die Sektion nachwies — und zwar nach einer neuen grossen Gelegenheitsursache hiezu. Ich will dadurch unsere verspätete Diagnose nicht rechtfertigen, und gebe zwar zu, dass die Erkrankung des Herzens das primäre Leiden

war, nur kann ich hier behaupten, dass vielleicht dieses Leiden nur den feinsten Auskultanten diagnostizirbar gewesen wäre, und da möchte die Art des Leidens mehr zu errathen als mit apodiktischer Gewissheit zu benennen gewesen sein. — Ich erzähle nun einfach den Fall.

Am 17. September erkrankte nach einer vorhergegangenen Erkältung Louise Sch. im Hause ihrer Verwandten, unter den Erscheinungen eines akuten Gelenkrheumatismus am rechten Kniegelenke. Das Mädchen achtete wenig darauf, die krankhaften Erscheinungen verschwanden auch wirklich über Nacht wieder vollkommen, um Tags darauf Mittags mit solcher Heftigkeit — jedoch nicht an demselben Gelenke, sondern am linken Kniegelenke — zu erscheinen, dass Patientin nicht mehr ausser Bett bleiben konnte. Nun liessen die Verwandten des Kindes den Hausarzt rufen, welcher nach genauester Untersuchung keine andere krankhaften Erscheinungen — als ein mässiges Fieber und eine akut aufgetretene, blassrothe, sich über das ganze Kniegelenk erstreckende höchst schmerzhafte Geschwulst — wahrnehmen konnte. Er ordinirte ein Decoct. nitros. und das Glied mit Ol. hyoscyami coct. einzureiben und in Werg einzuhüllen.

Am 19. Vormittags erzählten die Verwandten des Mädchens dem Arzte, dass sie dasselbe — welches allein in einem Zimmer schlief — gegen Anbruch des Tages im Hemde stark delirirend auf dem Boden liegend gefunden hätten. In Gegenwart des Arztes war aber Patientin vollkommen bei sich, und klagte über heftigen Frontal-Schmerz. Die Hitze des Kopfes war gross, die Temperatur des Stammes mässig erhöht, das Herz schlug kräftig an die Thoraxwandung an, die Töne des Herzens normal, in dem bei der Berührung in der Ileocoecal-Gegend schmerzhaften, leicht aufgetriebenen Abdomen war Gurren und Quatschen wahrzunehmen. Puls leicht zu unterdrücken, 115—120 Schläge in der Minute. Die Geschwulst war vom Knie bis zum Sprunggelenk ausgedehnt, heiss, blassroth, prall und äusserst schmerzhaft. Auch klagte Patientin über Schmerz in mehreren anderen Gelenken, an welchen jedoch keine krankhaften Veränderungen wahrgenommen werden konnten.

Unter diesen Erscheinungen wurde das Mädchen auf Anrathen des Arztes ins Hospital gebracht. Ordination war: Inf. flor. Verbasc. ℥jv. Nitri depur. ʒjβ. Syr. simpl. ℥j. Kalte Fomente auf den Kopf und Oeleinreibungen und Einwickelung des erkrankten Gelenkes mit Werg. Abends begann das Mädchen stark zu deliriren —

konnte jedoch durch direkte Ansprache vollkommen zu sich gebracht werden —, was bis um Mitternacht währte. Inzwischen liess es drei erbsenbrühe-ähnliche Stühle unter sich gehen. Nach Mitternacht wurde es ruhiger und schlief sanft bis zum 20. Sept. Morgens, wo die Delirien wieder eintraten. Alle Erscheinungen sind sich gleich geblieben bis auf die Geschwulst, welche sich nun nach abwärts bis über den Vorderfuss, und nach aufwärts über das untere Dritttheil des Oberschenkels ausgebreitet hatte. Ordinat. Emuls. nitros. j. Alles Uebrige in gleicher Weise fortgesetzt. Am Abende nun will Patientin das Bett verlassen. — Die Untersuchung des Herzens ergab diesmal ein starkes Reibungsgeräusch; Puls leicht zu unterdrücken, 120—125 Schläge. Wir liessen nun Hirudines Nr. VIII setzen und in die Regio cordis foment. glacial. anwenden. Die Emuls. nitros. wurde fortgesetzt, die Eisfomente wurden nach einem Zeitraum von $1^1/_2$ Stunden nicht mehr ertragen, indem Frost über den ganzen Körper eintrat.

In der Nacht, $1^1/_2$ Uhr, stellten sich plötzlich Suffokations-Erscheinungen ein, welche aber rasch nach Applikation von Sinapismen auf die Brust und die Fussohlen verschwanden. Der Collapsus hierauf konnte gross genannt werden.

Am 21. Morgens währten die Delirien noch immer fort. Die Gesichtsfarbe war bereits livid, Hauttemperatur unter dem normalen Stande, Herzchoc schwächer zu fühlen als die Tage vorher, Herztöne undeutlich zu hören, Puls klein, sehr frequent 140—144 Schläge in der Minute. In der Reg. cord. war der Perkussionston in einem beträchtlichen Umkreise vollkommen leer, Respiration erschwert. Um 11 Uhr Vormittags waren die Herztöne nicht mehr, die Aftergeräusche nur sehr schwach noch zu hören. Den Puls zu fühlen war unmöglich. Extremitäten und Nasenspitze waren bereits kühl. Auf das vorgenommene Einschlagen in heiss nasse Tücher — innerlich Tinct. ambramoschata gtt. viij stündlich — erfolgte keine Remission mehr und der Tod trat um $3^1/_2$ Uhr Nachmittags unter den Erscheinungen gänzlicher Innervation ein.

Sektion: Blasse Hautfarbe, linkes Bein ödematös, mässige Auftreibung des Unterleibes, Todtenstarre am ödematösen Beine unbedeutend.

Dura mater noch ziemlich fest adhärirend, mässige Füllung der Hirnhautgefässe, Hirn weich, auf dem Durchschnitte Blutpunkte, etwas vermehrtes, geröthetes Serum in den Seitenventrikeln; in den Sinus flüssiges Blut.

In den Pleurasäcken keine Abnormitäten; an der Oberfläche der linken Lunge ecchymotische Flecke, Gewebe wenig zusammengefallen, grösstentheils lufthaltig; Bronchialschleimhaut geröthet, am unteren Lappen 2—3 welschnussgrosse lobuläre Infiltrationen. Rechte Lunge fast keine Ecchymosen, Bronchialschleimhaut ebenfalls geröthet.

Im Pericardium 6 — 8 Unzen faserstoffreiche Flüssigkeit, starke Injektion der inneren Fläche desselben, schwarzrothe Extravasate, lockeraufliegende Faserstoffcoagula. Unter dem Pericard. des linken Ventrikels 8—10 erbsengrosse Abszesse, woran sich einige bis an's Sept. ventricul. hineinsenkten.

Lebervenen gefüllt, Pfortader leer: Milz klein, schlaff.

Coecum, Solitärdrüsen geschwollen, pigmentirt.

Inguinaldrüsen der linken Seite angeschwollen; im Unterhautzellgewebe des linken Fusses Serum, in der Cruralvene flüssiges Blut.

II. Analysen und Kritiken.

Kliniska Förcläsningar i Barnsjukdomarne vid allmänna Barnhuset i Stockholm; af Dr. Fredrik Theodor Berg, T. F. Medicinal-Rad och Professor vid Kongl. Carol., med. och chir. Institutet, Riddar af K. Nord. St. Orden, Led. af K. Wet. Skab. Akad. etc. Första Häftet. Inledning. Stockholm 1853. 208 Seiten in 8o.

Dieses erste Heft der klinischen Vorlesungen über Kinderkrankheiten ist eine Sammlung dessen, was der geehrte Herr Verf. von 1847 bis April 1853 in der Zeitschrift Hygiea in einzelnen Bruchstücken veröffentlicht hat. — Als im Jahre 1845 dem Verf. von Seiten des Königs und der Reichsstände der Auftrag wurde, klinischen Unterricht über Kinderkrankheiten im allgemeinen Kinderhause zu ertheilen, hielt er es für angemessen, als Einleitung zu seinen Vorlesungen seinen Zuhörern eine allgemeine Uebersicht über die Literatur der Kinderkrankheiten zu geben und ihnen eine ausführlichere Schilderung der Pädiatrik in Schweden zu liefern. Diese einzelnen Vorträge sind es nun, welche dieses erste Heft enthält, welches, wie der Titel besagt,

eine blosse Einleitung sein soll. Die Uebersicht über die ausländische Literatur der Kinderkrankheiten trug der Verf. bereits grösstentheils vor dem Jahre 1845 vor, wesshalb er das Wichtigste, was ihm von dieser Zeit an über die literarischen Erscheinungen im Auslande bekannt wurde, in einem Anhange beigefügt hat. —

Das Heft enthält eine kurze Einleitung, eine Schilderung der ausländischen Literatur über Kinderkrankheiten, und eine nach chronologischer Ordnung gelieferte allgemeine Geschichte der Pädiatrik in Schweden, bei welcher wir, da sie manche interessante Mittheilungen enthält, länger verweilen werden. Zur besseren Brauchbarkeit der ohne alle Abtheilungen fortgehenden Darstellung ist von dem Verf. ein sehr ausführliches Inhaltsverzeichniss beigefügt, welches zweckmässig abgefasst ist.

Einleitung (S. 1—15). In einer Note macht der Verf. seine Leser zuvörderst mit der Art und Weise, wie der klinische Unterricht von ihm ertheilt wird, aufmerksam, welcher, wie er bemerkt, als eine Verbindung des deutschen und französischen Unterrichts betrachtet werden kann, und nach der gegebenen Schilderung sehr zweckmässig erscheint. — Seine Zuhörer macht er zunächst auf die grosse Wichtigkeit des klinischen Unterrichts über die Krankheiten der Säuglinge aufmerksam, zeigt ihnen, dass es den Beruf des Arztes verkennen heisse, wenn man ihn für einen blossen Mann der Wissenschaft ansehe, der sich vom praktischen Leben fern halten könne, sondern er gehöre zu der Klasse der Naturforscher, denn der Gegenstand seiner Wirksamkeit sei ein Naturprodukt, ein lebender Organismus, in dessen Lebensäusserungen er einzugreifen erlernen müsse, um ihre Norm aufrecht zu erhalten und ihr geistiges Gleichgewicht wiederherzustellen. Seine Bildung darf keine blos theoretische, sondern sie muss auch eine klinische sein, denn diese ist gerade das Mittelglied zwischen dem akademischen Bildungskursus und der öffentlichen Anwendung der Heilkunst. Indem der Verf. seine Zuhörer die Schwierigkeiten, welche die Erforschung und Behandlung der Krankheiten der Kinder haben, recht anschaulich macht, sagt er unter Anderem, dass, wenn man auch mit Grund annehmen könne, dass die Lebenskraft beim Kinde eine grössere Intensität habe als beim Erwachsenen, indem sie bei jenem nicht allein auf Erhaltung des Status quo gerichtet ist, sondern auch die gleichmässige Entwickelung und das Wachsthum leiten und beherrschen muss, so dürfe man doch niemals vergessen, dass jedwede Kraft-

äusserung im gewissen Grade auf dem materiellen Substrate beruhe, in welchem und durch welches die Kraft wirkt. Beim Kinde ist dieses materielle Substrat aber quantitativ und qualitativ schwächer als beim Erwachsenen, und dieses Verhalten ist es, welches den Kinderkrankheiten einen eigenthümlichen Charakter verleiht. So trägt z. B. manchmal die eigene Organisation in hohem Grade mit zum raschen Krankheitsverlaufe bei, wodurch es nöthig wird, sofort nach gestellter Diagnose die kräftigsten Mittel anzuwenden. Wenn der Arzt, sagt er ferner, bei kranken Kindern, besonders bei Säuglingen, die stolze Stellung eines Mannes der Wissenschaft annimmt, und es gleichgültig übersieht, sich praktische Fertigkeit, Kunst und Takt anzueignen, wodurch er sein Ziel, die objektive Gewissheit zu erreichen, bei weitem eher erlangen kann, so muss er sich der Demüthigung aussetzen, sich allzusehr auf die Mütter, Ammen oder Wartefrauen verlassen zu müssen, und wird er so manchmal ein Werkzeug der Unkenntniss, der Launen oder der Vorurtheile solcher Personen werden. Der Verf. macht ferner darauf aufmerksam, dass man nicht wähnen müsse, dass man bei den Leichenöffnungen junger Kinder dieselben quantitativen Veränderungen in den Organen vorfinden werde als wie bei Erwachsenen. Bei den Leichenöffnungen junger Kinder soll man das bewaffnete Auge zu Hülfe nehmen, und wird man dann oft etwas entdecken, welches sich mit blossem Auge nicht entdecken lässt, weshalb denn mikroskopische Untersuchungen da, wo sie Licht verschaffen können, niemals vernachlässigt werden sollten. — Das Unvollendete des kindlichen Organismus, sowohl in quantitativer als qualitativer Hinsicht, macht es, wie der Verf. ferner bemerkt, dass man nicht mit der Sicherheit wie beim Erwachsenen die Diagnose stellen kann, und dieses Unvollendete des Organismus macht es denn auch, weshalb die physikalische Untersuchung oftmals kein Resultat liefert. Als den vorzüglichsten Leitstern für eine sichere Diagnose hält er aber die pathologische Anatomie, gibt indessen zu, dass auch sie oft keinen gehörigen Aufschluss über die Todesursache liefert. Was die Behandlung der Kinderkrankheiten anbelangt, so zeigt der Verf., dass die Vis medicatrix in der beständigen Entwickelung der Kinder eine kräftige Unterstützung habe, dass durch Arzneien erregte Krankheiten beim Kinde daher sehr nachtheilig werden können, indem sie der ganzen Entwickelung desselben eine fehlerhafte Richtung verleihen können; auf der anderen Seite sei der Verlauf der

Krankheiten derselben aber oft so heftig, dass die einzige Rettung in einer relativ weit energischeren Anwendung von Arzneien als beim Erwachsenen zu liegen scheine. Gewissheit in der Diagnose wird aber das therapeutische Verfahren am besten leiten und vor „dem zu Viel und dem zu Wenig" bewahren. Indem der Verf. zur Betrachtung der grossen Mortalität im Kindesalter übergeht, sagt er, dass man sich wohl fragen könne, ob nicht das Problem durch wissenschaftliche Forschung und Erfahrung dieser Mortalität Grenzen setzen zu wollen, auf einer blossen Illusion beruhe? Wirft man einen Blick auf den Haushalt der Natur im Grossen, so erhalten wir hier keinen sonderlichen Trost, denn man kann sich nicht genug über die geringe Bedeutung, welche die Natur dem Individuum zollt, verwundern, und scheint es, als wenn sie nur bestrebt ist, die Species zu erhalten, diese aber auch bisweilen untergehen lässt. Wenn Dieses nun schon der Fall mit dem ausgewachsenen Individuum ist, so ist solches noch viel mehr mit den Samen und Keimen zu neuen Individuen der Fall, denn wie zahllose Samen von Gewächsen kommen nicht zum Keimen, Wachsen und Fruchttragen und wie manche Eier und Brut, besonders von den unteren Thierklassen, gehen unter? Wenn man nun glaubte, dass es ein Naturgesetz sei, dass zahllose Individuen geboren werden, um sofort wieder unterzugehen, so hegt man eine Ueberzeugung, welche uns von allen weiteren Bestrebungen entledigt oder uns auch berechtigt, die Schuld des Misslingens unseres Handeln auf ein ungünstiges Geschick zu bringen. Aber dennoch müssen wir nun fragen, ob die Ursachen dieser scheinbar schlechten Haushaltung der Natur sich nicht entdecken lassen können? Sind diese Ursachen in inneren Verhältnissen bei den Individuen zu suchen oder in äusseren Verhältnissen, in welche diese Individuen versetzt worden sind? Versieht die Natur nur eine geringe Anzahl von Individuen mit der gehörigen Lebenskraft zur Fortsetzung eines selbstständigen Lebens, während sie einer weit grösseren Menge nur so viel davon verleiht als nöthig ist, lebendig geboren zu werden und dann zu sterben? Oder hat diese scheinbar schlechte Haushaltung der Natur in solchen äusseren Verhältnissen ihren Grund, wodurch dem neuen Individuum die äusseren Bedingungen zur Fortsetzung des Lebens verloren gehen und dasselbe zerstörenden äusseren Einwirkungen preisgegeben wird, die um so nachtheiliger werden müssen, je jünger die Individuen sind? Wir finden in dieser Hinsicht, dass in der ganzen

Reihe der niederen Organismen, unter welchen die Produktivität und Zerstörung neuer Individuen am grössten ist, die weitere Entwickelung der Samen, Eier, der jungen Brut ganz und gar gewissen grossen Agentien, wie dem Lichte, der Wärme u. s. w. überlassen bleibt, und können wir unter dergleichen Verhältnissen von unzähligen äusseren Einflüssen leicht den Abgang von Individuen, der hier entstehen muss, uns erklären. Bei den höheren Thierklassen aber hat die Natur das neue Individuum mit all' dem Schutze, dessen es bedürfen kann, umgeben, weil die durch den Instinkt vorgeschriebene sorgfältige Pflege der Eltern die Jungen so lange behütet, bis sie ohne Gefahr ein selbstständiges Leben führen können. Unter diesen Thierklassen sucht man vergeblich eine Mortalität in der ersten Lebenszeit wie sie im ersten Kindesalter vorkömmt, wodurch man berechtigt sein könnte, anzunehmen, dass die grosse Mortalität im ersten Lebensjahre des Menschengeschlechtes eine natürliche, eine Folge eines allgemeinen Gesetzes wäre. Sollte, sagt der Verfasser, unter unseren Hausthieren eine solche Mortalität entstehen, wie unter den Kindern, so würde man gewiss die kräftigsten Maassregeln ergreifen, um ein solches Unglück zu beseitigen. Die Natur hat dem Menschen nicht allein das Schutzmittel des Instinktes nicht versagt, sondern sie hat ihm noch mehr, nämlich den Verstand, verliehen. Je mehr die Civilisation diesen ausbildete, desto mehr hat er sich von der Leitung des Instinktes frei gemacht. Die Liebe, vom Verstande geleitet, ist allerdings ein Schutzmittel, welches den blinden Instinkt weit überwiegt; aber leider geniesst das Kind nicht oft dieses Schutzmittel, denn nur zu oft fehlen ihm zu seiner Pflege die Liebe oder der Verstand, oder beide zugleich. Findet man wohl unter den Thieren solche Züge von Lieblosigkeit gegen ihre Jungen, wie wir sie leider so oft unter dem Menschengeschlechte erblicken? Sehen wir wohl, dass die vorgenannten unverständigen Thiere ihre Jungen so unverständig behandeln, wie dieses manchmal Eltern mit ihren Kindern thun? Es kann daher keinem Zweifel unterworfen sein, dass die grosse Sterblichkeit im ersten Lebensjahre beim Menschen nicht auf einem Naturgesetze beruht, sondern eine Folge von den verworrenen Verhältnissen, von den schweren Prüfungen, worin die Civilisation unser Geschlecht geführt hat, ist, eine Folge von dem Erlöschen der natürlichen Liebe entweder oder aber von der Ausartung derselben in Verzärtelung, eine

Folge davon, dass die Stimme des Instinktes von der Ausbildung, welche das gesellschaftliche Leben uns verleihet, zum Schweigen gebracht und so selten durch den unverwirrten Verstand ersetzt wird, so dass anstatt derselben Unkenntniss, Unverstand, Selbstklugheit und Vorurtheil nach Gutdünken herrschen und befehlen, eine Folge von der Noth und dem Mangel, die unzertrennliche Gefährten der bürgerlichen Gesellschaft und in vielen Fällen auch eine Folge davon sind, dass die Mittel, welche die Menschenliebe bereit hat, oft falsch berechnet oder angewendet werden und daher das Entgegengesetzte von dem leisten, was sie leisten sollen. Endlich sind es denn auch die angeerbten Krankheitsanlagen, welche um so zahlreicher und zerstörender werden müssen, je mehr sich die Gelegenheiten zum Erkranken der Eltern häufen. Es ist, sagt der Verfasser, nach alle diesem keine im Streite mit höheren Gesetzen stehende, blosse Illusion, wenn man sich die Aufgabe stellt durch Maassregeln, die von wissenschaftlicher Untersuchung und Erfahrung eingegeben werden, die Krankheiten und die Mortalität im Kindesalter zu vermindern, sondern eine im Interesse der Natur und Menschlichkeit gegründete Aufgabe. Der Beruf eines Kinderarztes, in seiner Gesammtheit recht aufgefasst, ist ein fortwährender Streit, das Kind von den Einflüssen unnatürlicher, äusserer Verhältnisse zu emanzipiren und dasselbe auf diese Weise so viel als möglich gegen Krankheit, sowie auch vor fehlerhafter Pflege während der Krankheit, zu schützen. „Es liegt dem Kinderarzte eine so reine, unbeirrte, umfassende Naturbeobachtung ob, dass er sich durch keine Ansicht, kein Mittel, keine Absicht irre führen lassen darf; denn auf einer gesunden und gebildeten Naturbeobachtung gestützt kann er, trotz aller Hindernisse, den Kampf gegen die Krankheiten im Kindesalter und ihre Ursachen muthig beginnen. Und wenn auch lange gestritten werden muss, wenn auch manche Alter vergehen, bevor die Früchte davon sich zeigen, so werden die Segnungen davon doch um so reicher sein, und selbst das kleine Prozent verringerter Mortalität, welches ein Arzt oder eine Generation von Aerzten hervorzubringen vermögen, wird dereinst viel bedeuten, wenn es einer gleichmässig sich häufenden Summe beigezählt wird." — Wenn eine Erscheinung uns vollständig zur Auffassung vorliegt, so können wir uns von den Thatsachen, Verhältnissen, Wirkungen und der ganzen Natur derselben ein weit klareres

Bild verschaffen als wenn wir nur ein Fragment derselben, sei es nun von der Zeit oder dem Raume, vor uns haben. Das Leben der Kinder ist der Zeit und dem Raume nach ein solches Fragment der ganzen grossen Erscheinung des Lebens. Noch mehr fragmentarisch bleibt die einzelne Krankheit in der in Rede stehenden Lebensperiode, zumal wenn dieselbe, was oft der Fall ist, auf Ursachen hindeutet, welche schon vor der Geburt der Kinder einwirkten und ihren Einfluss auf verschiedene spätere Lebensperioden ausüben können. Soll unsere Auffassung der Erscheinung des Lebens des Kindes so vollständig werden, als nöthig ist, um sowohl die krankheitserregenden Einflüsse vom Lebenskeime zu entfernen und das reifere Alter vor Krankheitsfolgen zu bewahren, so müssen wir die Evolution in ihrer Gesammtheit umfassen, und muss sich der Krankenpflege zunächst die Pflege der Gesunden als Theile eines Ganzen anschliessen, die verbesserte physische Erziehung unseres Geschlechtes nämlich, als deren berechtigte Sachführer wir uns zu betrachten haben. Wenn wir aber diese Sache führen wollen, so müssen wir uns gefasst machen, dass Unwissenheit, Unverstand, Vorurtheile und schlechte Gewohnheiten, selbst wenn der Wille gut ist, uns manchmal entgegenwirken; wenn man aber nur muthig die Sache angreift, mit Achtung vor unseren Beruf, mit Klugheit u. s. w. zu Werke geht, so wird uns allmählig ein günstiges Resultat belohnen.

Nach diesen einleitenden Betrachtungen wendet sich der Verfasser dann S. 15 u. s. w. zur Literatur der Kinderkrankheiten, die, wie er gleich anfänglich bemerkt, reich an Menge, aber nicht so reich an Inhalt ist, was besonders auch von manchen Handbüchern gesagt werden kann. Dieses will er aber nicht so verstanden wissen, als wenn gewissen Perioden, irgend einem Lande, irgend einer Untersuchungs- und Darstellungsweise der Vorzug vor anderen gegeben werden solle, sondern erkennt er es durchaus an, dass jede Zeit und jedes Land Aerzte gehabt habe, welche mit ungleich geringeren Hilfsmitteln, als die spätere Zeit sie darbietet, ihre werthvollen Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten lieferten. Dass in der neueren Zeit ein eifriges Streben zur höheren Entwickelung der Pädiatrik herrscht, ist nicht zu verkennen, allein je grösser das Feld mit jedem Tage wird, desto schwerer, ja unmöglich, wird es für den Einzelnen, allen Forderungen der Wissenschaft

zu genügen, und wird daher besonders eine Arbeit, die in dem Umfange eines Lehrbuches alle Krankheiten der Kinder in allen Perioden der Kindheit vollständig und naturgetreu schildern will, in manchen Stücken nicht befriedigen, so sehr sie auch in anderen als ein Wegweiser verdienstvoll und nützlich sein mag. Vollständige und treue Krankheitsbilder müssen daher oft aus manchen Quellen, sowohl aus Handbüchern als Monographieen, geschöpft werden. — Dasjenige, was sich in älteren Schriften über Kinderkrankheiten findet, hat meistentheils nur einen historischen Werth und besonders in der Hinsicht, weil dasselbe uns Auskunft über das Entstehen mancher noch beim Volke herrschenden Ansichten und Behandlungsmethoden gibt. Diese älteren Schriften enthalten aber auch manche ausgezeichnete Krankheitsbeschreibungen, sowie wichtige Beiträge zur Geschichte der Epidemieen und der medizinischen Geographie. Als Beispiel davon erwähnt der Verfasser, dass bereits Ettmüller vor fast 200 Jahren in seinem Valetudinarium infantile eine eben so getreue Abbildung des Acarus scabiei gegeben habe, wie sie sich in späteren Schriften findet. In den beiden letzten Jahrhunderten war die Produktivität in der Pädiatrik periodisch bald grösser, bald geringer. Nachdem um die Mitte des 18. Jahrhunderts die Schriften von Astrac, Rosenstein, Underwood, Armstrong u. s. w. allgemeines Vertrauen erlangt hatten, erschienen geraume Zeit hindurch wenige Schriften über Kinderkrankheiten, allein in unserer Zeit ist diese Literatur so überaus reich geworden, dass sie keinem anderen Zweige der Medizin nachsteht. Das Verlangen nach Handbüchern über Kinderkrankheiten hat denn aber leider auch manchmal zu einer fabrikmässigen Anfertigung derselben verleitet, wodurch die Wissenschaft viel verloren hat. — Es liegt nicht in dem Plane des Verfassers, ein Verzeichniss von Schriftstellernamen und Büchertiteln, noch eine detaillirte Kritik solcher Schriften zu liefern, dagegen stellt er einige allgemeine Reflexionen an und gibt Aufschlüsse über Lokalitäten und Personen, welche bei der Wahl und dem Studium von Schriften über Kinderkrankheiten sehr wichtig sind. Indem er nun die von Trousseau gegebene Definition des Namens „Kinderkrankheit" bespricht, bemerkt er, dass, wenn man auch mit T. diese Krankheiten auf die ersten 10 Lebensjahre oder bis zu der Zeit des Wechsels der Milchzähne beschränken wolle, man damit doch nicht glauben dürfe, dass die Krankheiten

in dieser ganzen Periode immer von derselben Beschaffenheit seien, indem wesentliche Verschiedenheiten zwischen den Krankheiten der Neugebornen, der Säuglinge bis zur Dentition, der Kinder während derselben und der älteren Kinder bis zum zehnten Jahre herrschen, und dass sich diese daher nicht gemeinschaftlich naturgetreu beschreiben lassen. Manche sogenannte Lehr- oder Handbücher beschreiben entweder die Krankheiten von der Geburt an bis zum 10. — 14. Jahre zusammen, oder schildern sie nach einzelnen Perioden der Kindheit, jedoch so, dass die einzelne Krankheit in ihnen nur einen Platz behalten hat, obgleich sie sich in den verschiedenen Perioden ganz verschieden äussert. Andere Schriften haben unter dem Titel „Handbuch der Kinderkrankheiten" uns die des frühesten Kindesalters oder die der späteren Kindheit beschrieben, und hätte bei diesen der Titel besagen sollen, aus welcher Periode des Kindesalters die Schilderungen entnommen sind, ob darin nur eine solche Periode oder mehrere Perioden besprochen sind. Es ist indessen beim Studium solcher Schriften nicht allein nöthig, dass man weiss, welche Periode der Schilderung zum Grunde gelegt wurde, sondern muss man auch die Quellen kennen, aus welchen die Verfasser ihr Wissen schöpften. Als solche Quellen werden von dem Verfasser nun die Entbindungsanstalten, die Erziehungskinderhäuser, die Findelhäuser, die Kinderkrankenhäuser, die poliklinischen Anstalten für Kinderkrankheiten und die Privatpraxis bezeichnet und wird namentlich ausführlich auseinandergesetzt, welchen Gewinn diese Quellen für die Erweiterung unserer Kenntnisse über Kinderkrankheiten haben und auf welche Weise sie dieselben nicht fördern oder die Beobachtung theilen können. So bemerkt er unter anderem bei den Findelhäusern, in welchen die Kinder verbleiben und nicht aufs Land gegeben werden, dass, wenn diese nicht im Stande sind, den Kindern Ammen zu geben, sich in denselben zu den angeerbten oder erworbenen Anlagen zum Erkranken, noch die Gefahren des Lebens in eingeschlossenen Räumen, der Ansteckung, der künstlichen Ernährung gesellen, wodurch die Krankheiten ein eigenthümliches Gepräge erhalten, so dass sie nicht mehr Kinder- sondern Findelhauskrankheiten zu nennen sind, und muss man daher alle Beschreibungen von Krankheiten, die von solchen Häusern entnommen sind, aus diesem Gesichtspunkte betrachten. Auch in den Findelhäusern, in welchen die Kinder durch Ammen

genährt werden, können mancherlei Verhältnisse vorkommen, wodurch die Krankheiten modificirt werden können. Die Kinderkrankenhäuser sind meistens nur für Kinder von 2. oder 3. Jahren an bestimmt, können daher kein Material für die Krankheiten jüngerer Kinder liefern und ist in ihnen die Gefahr der Ansteckung und Hospitalkrankheit, bei der grossen Empfänglichkeit des kindlichen Organismus für deletäre Einflüsse, um so grösser. Aus diesen Häusern werden daher oft Zeichnungen von Krankheitsbildern geliefert, die glücklicherweise ausserhalb derselben selten sich vorfinden. Wenn das in den poliklinischen Instituten gesammelte Material sich oftmals wohl nicht mit der Vollständigkeit im Einzelnen bearbeiten lässt, wie in den eben genannten Häusern, so gewähren sie doch den Vortheil, dass sie alle Altersperioden der Kindheit umfassen und dass sich die Krankheiten hier frei von tödtlichen Hospitaleinflüssen darstellen. Die Privatpraxis liefert die beste Gelegenheit, das Kind unter den natürlichen Verhältnissen zu sehen, sowie die einfachsten und am wenigsten komplizirten Krankheitsbilder; allein hier lässt sich bei dem besten Willen keine so reiche Erfahrung sammeln als in jenen Häusern. — Aus Vergleichungen mit der Pathologie der Erwachsenen und Alten kann die Pädiatrik manche Aufklärung erhalten, und hat der Arzt, der sich nicht ausschliesslich mit Kinderkrankheiten beschäftigt, vor dem, der solches thut, gewiss den Vorzug. Sehr tadelnswerth ist z. B. der häufig in Frankreich herrschende Gebrauch, dass junge unerfahrene Aerzte sich auf die Kinderkrankheiten legen, diese als eine Spezialität betrachten und bald mit einem Handbuche über dieselben fertig sind, nachdem sie sich einige Erfahrung in einem einzigen Kinderhause gesammelt haben. Eben so zu tadeln ist es nach dem Verfasser auch, wenn man, wie dieses einige deutsche Schriftsteller gethan haben, den Kinderkrankheiten eine Analogie mit denen der Erwachsenen, die gar nicht vorhanden ist, aufdrängt. — Die Arbeiten, welche auf in Findel- und Kinderkrankenhäusern gemachten Beobachtungen beruhen, haben ihre stärkste Seite in der Vollständigkeit pathol.-anatomischer Untersuchungen und der Beweiskraft der Leichenöffnungsstatistik. Diese sind in der Privatpraxis nicht so vollständig zu machen, wesshalb die Diagnose hier oft mangelhaft bleiben kann, dagegen können hier reinere und vollständigere Krankheitsbilder gezeichnet, sowie eine bessere Uebersicht der Anamnese und Folgekrankheiten gewonnen werden, und lassen

sich auch die zahlreicheren therapeutischen Hilfsmittel sorgfältiger anwenden. Auch hier lässt sich die Gesundheitspflegelehre besser mit der Krankheitspflege verbinden und stellt sich hier der Beruf des Kinderarztes mehr in seiner Gesammtheit dar. — Der Werth der Literatur über Kinderkrankheiten eines jeden Landes steht nach dem Verfasser in einem bestimmten Verhältnisse zu den in dem Lande befindlichen Krankenanstalten für Kinder und zu der Weise, wie dieselben verwaltet und der wissenschaftlichen Forschung zugänglich werden. Das südliche Europa ist das Heimathaland der Findelhäuser, die dem nördlichen, wo Erziehungskinderhäuser heimisch sind, fremd sind. Jenes hat daher das reichste Material für Beobachtungen über Kinderkrankheiten und hat auch den reichsten Vorrath von Beobachtungen geliefert. Dieses gilt aber nicht von Italien und der pyrenäischen Halbinsel, denn die Literatur dieser Länder ist im Verhältniss zu der Menge der daselbst vorhandenen Findelhäuser sehr dürftig. Die Erklärung davon dürfte in dem Zustande der Wissenschaften in diesen Ländern, in der Organisation dieser Häuser und darin zu suchen sein, dass dieselben gar zu sehr unter alleiniger Leitung der Geistlichkeit stehen. Dagegen hat aber die Pädiatrik Frankreich und besonders Paris ungleich mehr zu verdanken, als jedem anderen Lande, wenn auch nicht in Hinsicht des Reichthumes der Literatur, so doch wenigstens wegen der Originalität derselben und der Genauigkeit der einzelnen Untersuchungen. Jede Hauptstadt der verschiedenen Departements hat ihr Hospice des enfans trouvés und besitzt Paris vor allen Städten der Welt die mannichfaltigsten Pflege- und Krankenanstalten für Kinder von der Geburt an bis zum 14. Jahre. Der Verfasser schildert nun diese verschiedenen Anstalten, mit Ausnahme der Entbindungsanstalten, näher und hebt besonders hervor, was von den Aerzten und den Internen dieser verschiedenen Anstalten in wissenschaftlicher Beziehung geleistet worden ist. Da dieses indessen grösstentheils schon bekannt sein dürfte, so wollen wir uns begnügen, das Urtheil des Verfassers über verschiedene Schriften kurz mitzutheilen. Von den Oberärzten des Hospice des enfans trouvés et orphelins, in welchem durchschnittlich täglich 90 Kinder unter 1 Jahr behandelt werden und etwa 8—900 Leichenöffnungen alljährlich vorkommen, sind nur wenige Monographieen verfasst worden, dagegen haben aber verschiedene von den Elèves internes die Pädiatrik mit werthvollen Arbeiten bereichert. Unter diesen

verdient besonders Billard genannt zu werden, der, nachdem er einige Jahre Unterarzt in einem Krankenhause für Erwachsene gewesen und vollständig ausgebildet worden war, im Jahre 1826 als Elève interne der Anstalt eintrat und hier in Zeit von 1 Jahre das Material zu einem bekannten Werke „Traité des maladies des enfans nouveau nés et à la mamelle“ sammelte. Von Morgagni's Geiste durchdrungen, sagt der Verf., machte B. es sich zur Regel, den Zusammenhang zwischen den Symptomen während der Lebenszeit und den nach dem Tode gefundenen pathologischen Veränderungen aufzusuchen, und dieser Weg der Forschung machte es ihm möglich, eine Nosologie aufzustellen, in welcher nicht, wie dieses früher oft der Fall gewesen war, einzelne Krankheitserscheinungen als selbstständige Krankheiten figurirten, sondern in welcher jede Symptomengruppe eine entsprechende anatomische Läsion bezeichnete. Besonders hat er daher das Verdienst gehabt, dass er zuerst eine pathologisch-anatomische Klassifikation und Nomenklatur der Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge konsequent durchführte, und wird seine Schrift daher immer eine klassische bleiben. Zur gehörigen Würdigung derselben muss man aber erwägen, dass B. nur ein Jahr zum Sammeln von Beobachtungen über so mannigfaltige Krankheiten anwendete und dass er unter dem Einflusse der sogenannten physiol. Schule stehend nur gar zu sehr geneigt gewesen sein mag, die Krankheiten auf Rechnung von idiopathischen Entzündung zu bringen. Seine Schrift ist daher als ein genialer Entwurf zu betrachten, der in den Einzelnheiten der pathologisch-anatomischen und symptomatalogischen Beobachtungen manchmal der Vervollständigung oder der Berichtigung bedarf. Da das Lückenhafte in B.'s Symptomatologie später die Beschuldigung hervorrief, dass das Wissen in der Nosologie junger Kinder nicht allein auf Kenntniss der blossen anatomischen Läsionen beschränkt werden könne, so wurde Valleix veranlasst, diesem Mangel abzuhelfen, und gab als Resultat seiner in der Anstalt gesammelten Beobachtungen eine Gradualabhandlung „de l'asphyxie lente chez les enfans nouveau nés“ 1833 und darauf 1838 seine „Clinique des maladies des enfans nouveau nés“ heraus. Valleix's Methode und Technik im Krankenexamen junger Kinder ist, wie der Verf. bemerkt, so musterhaft, dass sie von Allen angenommen zu werden verdient. Ebenso sind seine Krankheitsgeschichten Muster von Vollständigkeit, wodurch aber die Zahl seiner Beobachtungen bedeutend hat beschränkt werden müssen. In einem Werke von 632 Seiten

sind nur 6 Krankheiten abgehandelt, weshalb der Titel des Buches eigentlich hätte „Clinique de quelques maladies etc." heissen sollen. Da solche Beobachtungen sich bloss auf die in der Anstalt befindliche, relativ geringe Anzahl von Kranken beschränkten, so liefern seine Schilderungen nur ein Bild von dem Verhalten der Krankheiten in ihrer schwersten Form, wie selbiges nur in Findelhäusern vorkommt. Besonders gilt dieses von einer Beschreibung des Muguet oder der Schwämmchen, welche fast das halbe Buch einnimmt und vielen späteren Autoren zur Grundlage ihrer Beschreibungen diente. Die Symptomengruppe, welche Verf. unter dem Namen Muguet aufgeführt hat und welche ihn dahin führte, dass er Schwämmchen und Enteritis acuta für identisch hielt, ist nach dem Verf. keinesweges die unter dem Namen Schwämmchen bezeichnete Krankheit, sondern eine Verbindung der verschiedenartigsten Krankheiten, an welchen die Findlinge in Paris sterben. Valleix ist in vielen Fällen ein gutes Vorbild von Genauigkeit in klinischer Beobachtung, aber auch in anderen Fällen ein warnendes Beispiel davon, dass selbst die streng durchgeführte numerische Methode zu dem Entgegengesetzten von dem, was sie erreichen will, führen kann. Nachdem der Verf. noch auf einige Journalabhandlungen von Eleven des Hospice aufmerksam gemacht hat, wendet er sich zum Hôpital des enfans malades, dem grössten Kinderkrankenhause der Welt, worin alljährlich 4—5000 Kinder von 2—14 Jahren behandelt werden. Manche der von den Aerzten und Internen dieser Anstalt gelieferten Arbeiten führen den Titel: „Beschreibungen von Kinderkrankheiten." Man darf indessen nicht vergessen, dass sich diese Beschreibungen nur auf das Alter, in welchem die Kinder aufgenommen werden, beziehen, und dass sie oftmals nur Hospitalkrankheiten bei Kindern betreffen. Zu den Arbeiten, zu welchen das Material in dieser Anstalt gesammelt wurde, gehört Jadelot's Semeiologie physiognomique, über die der Verf. bemerkt, dass sich aus Jadelot's Angesichtslinien der Erfahrung nach keine sichere Diagnose stellen lasse, indessen habe seine Lehre doch in vielen Fällen ihren grossen Werth, und sei es gewiss, dass manche Kinderkrankheiten dem Gesichte einen eigenen Ausdruck verleihen, woraus sich die Natur derselben sofort erkennen lasse. — Guersant sen., der gesuchteste Kinderarzt in Paris und einer der Oberärzte der Anstalt hat einen grossen reformirenden Einfluss auf die Pathologie des kindlichen Alters ausgeübt, und ist es zu bedauern, dass das von ihm und seinem Schwie-

gewohnte Blache längst angekündigte Werk: „Traité complet des malad. des enfans“ noch immer nicht erschienen ist. Ausser einigen schätzbaren Artikeln im Dict. d. Méd. hat G. nichts herausgegeben, hat aber als Lehrer bedeutend gewirkt, nur ist, da er Anhänger von Broussais ist, sein streng antiphlogistisches Verfahren bei der Behandlung kranker Kinder nicht als Muster zu empfehlen. Von den verschiedenen Internen der Anstalt erwähnt der Verf. unter anderen die verschiedenen Arbeiten von Borton. Einige kleinere früher herausgegebenen Arbeiten desselben haben in Bezug auf Neuheit und Selbstständigkeit ihren Werth; sein „Traité des mal. d. enfans,“ welches später erschien, zeigt freilich von Belesenheit und fleissiger Zusammenstellung zahlreicher und interessanter Beobachtungen, die er selbst oder Andere machten, indessen dieser Arbeit gebricht es an der wissenschaftlichen Kritik, durch welche sie sich den gleichzeitigen oder späteren Arbeiten anderer Internen wie Berrier, Rilliet und Barthez, Becquerel u. s. w. zur Seite stellen könnte. Berrier's „Traité pratique des malad. de l'enfance“ ist freilich für die Krankheiten des zartesten Kindesalters nicht so vollständig als man dieses wünschen möchte, hat aber in Hinsicht auf Selbstständigkeit und Kritik einen hohen Werth und empfiehlt der Verf. es jedem Arzte zum Studium. Nachdem derselbe noch einige kleinere Arbeiten anderer Internen aufgeführt hat, wendet er sich zu Barthez und Rilliet, welche sich besonders durch ihr „Traité cliniq. et pratiq. des malad. des enfans“ ein hohes Verdienst um die Pädiatrik erworben haben. Da der Verf. bei seinem Aufenthalte in Paris im Jahre 1840 und 41 mit den genannten beiden Aerzten in freundschaftlicher Beziehung stand, so war er oft Zeuge von der grossen Genauigkeit mit der sie ihre Beobachtungen anstellten, und steht er daher nicht an, sie als das beste Muster im Beobachten, welches wir haben, hinzustellen. Diese Verf. haben auch noch das bei den Franzosen seltene Verdienst, dass sie die ausländische Literatur studirten, was besonders dem Schweizer Rilliet leicht fallen mochte. Die Krankheiten der Säuglinge sind ausgeschlossen, was der Titel hätte besagen sollen, in jeder andern Hinsicht kann das Werk dem Kinderarzte aber als Führer dienen, und wird es nach den gegebenen Schilderungen der Krankheiten und der pathologischen Läsionen leicht die Indikationen für sein Handeln bestimmen können und braucht dasselbe nicht auf den engen Kreis, auf welchen die Verf. denselben unter dem Einflusse der physiol. Schule mitunter

beshränkt haben, zu beschränken. Ein besonderes Verdienst von B. und R. ist es auch noch, dass sie die zahlreichen Komplikationen bei den Krankheiten der Kinder gehörig beachteten und primäre und sekundäre Krankheiten derselben unterschieden. Rilliet hat sich auch später durch verschiedene Abhandlungen in der Gaz. med. als trefflicher Kinderarzt dargethan. Becquerel hat sich ebenfalls durch verschiedene Aufsätze in Journalen als guter Kinderarzt angekündigt; von seinem 1842 herausgekommenen „Traité théorique et pratique des maladies des enfans specialement de 2 à 13 ans," scheint nur ein Theil, die allg. Pathologie erschienen zu sein, was um so mehr zu bedauern ist, da B. bei seiner reichen Erfahrung und vielseitigen Bildung gewiss im Stande gewesen wäre, einen werthvollen Beitrag zur Pädiatrik zu liefern. Endlich gedenkt der Verf. noch mit vielem Lobe Legendre's und Vanier's, des Gründers des ersten Journals für Kinderkrankheiten: „la clinique des hôpitaux des enfans," welche ebenfalls Eleven der Anstalt waren. — Das Hôpital Necker, welches kranke Säuglinge und deren Mütter aufnimmt aber nur für 12 Platz hat, ist unter Trousseau eine berühmte Pflanzschule für Kinderärzte und die Quelle einer eigenen Literatur geworden, welche die von dem Hôp. des enf. trouvés verbreiteten Ansichten auf eine sehr befriedigende Weise reformirte. Im Hôp. Necker werden im Gegensatze zum H. des enf. trouvés die kranken Kinder von ihren Müttern gesäuget, es treten daher die Krankheiten bei ihnen auch reiner auf und entsprechen daher mehr denen, welche in der Privatpraxis vorkommen. T.'s Leistungen sind allgemein bekannt und hat er besonders das Verdienst, dass er seine Diagnostik auf genauer pathol. Anatomie und einem feinen Beobachtungstalente gründet, dass er eine selbstständige von den Glaubensartikeln gewisser Schulen freie Stellung einnimmt, und dass seine Behandlungsweise weit vielseitiger als die mancher anderer französischer Aerzte, welche der physiol. Schule anhängen, ist. Von den Internen dieses Hospitals haben sich Rihour, Bouchet, Delpech und Duclos durch mehr oder minder werthvolle Arbeiten bekannt gemacht. — Die genannten Pariser Anstalten wurden aber auch von ausländischen Aerzten besucht, welche in denselben Materialien für literarische Arbeiten sammelten. Der Verf. führt davon Heyfelder's Beobachtungen über die Krankheiten der Neugeborenen und Pieper's Kinderpraxis u. s. w. an, welche letztere Schrift er als besonders interessant bezeichnet, indem in derselben mit

scharfsinniger Kritik der Streit in den Ansichten der deutschen und der neuen französischen Schule in der Kinderpathologie dargestellt wird und die Fehler und Verdienste auf beiden Seiten nachgewiesen werden. — Die sehr ausführliche Besprechung der Pariser Anstalten und der von denselben herausgegangenen Arbeiten entschuldigt der Verf. damit, dass er dadurch besonders habe den Beweis liefern wollen, wie gross der Einfluss von Beobachtungen in Anstalten für kranke Kinder auf die Wissenschaft sein könne, und habe er dadurch zugleich andeuten wollen, wie die Beobachtungen im Stockholmer Kinderhause gemacht werden müssen und wie man dieselben benutzen könne. — Nachdem der Verf. dann noch in der Kürze des Hôp. de Vaugirard und Hôp. des Vénériens und die aus diesen entsprungenen Arbeiten erwähnt hat, bemerkt er, dass in Frankreich sich Handbücher über Kinderkrankheiten, die aus der Privatpraxis entsprungen und irgend einen wissenschaftlichen Werth haben, höchst wenige finden. Mit Ausnahme der Arbeiten über den Croup, über welchen R. Collard berichtete, der Monographie von Bouteille über Chorea, von Brechet, Bricheteau, Baumes, Charpentier über Hydrocephalus und von Desruelles, über Keuchhusten, haben die Arbeiten von Capuron, Chambon, Combes, Brassard u. s. w. nur einen sehr untergeordneten Werth und können nicht empfohlen werden. Viel werthvoller sind in mancher Hinsicht die älteren Schriften von Brouzot, Raulin und Gardien. Zum Schlusse wird noch bemerkt, dass noch der Bericht des Prof. Stoeber über die Kinderklinik zu Strasburg manches Interessante enthalte.

Was die englische Literatur über Kinderkrankheiten anbelangt, so ist dieselbe, wie der Verf. zeigt, an Umfang nur arm, an Inhalt und Werth aber um so reicher. Sie hat eine bestimmte praktische Tendenz und ist sie vielleicht fruchtbringender gewesen, als die irgend eines anderen Landes, denn die Ansichten der Gelehrten werden durch viele populäre Schriften unter dem Volke verbreitet und finden die vernünftigen Lehren über physische Kindererziehung bei diesem Eingang, weshalb diese dann auch in England im Allgemeinen ausgezeichneter ist, als anderswo. Die Pädiatrik hat sich daher in England mehr als in irgend einem anderen Lande ihrem höchsten, dem präventiven Ziele ziemlich genähert, indem sie durch eine vernünftige Gesundheitspflege das Erforderniss der Krankenpflege verminderte. — Der Verf. bespricht dann die Anstalten für kranke Kinder in England, die er

indessen aus eigener Anschauung nicht kennt. Als solche, in welchen über die Krankheiten im frühesten Lebensalter Beobachtungen im Grossen gemacht werden können, bezeichnet er das Foundling-Hospital in Dublin und die verschiedenen Gebäranstalten. Als vorzügliche Quellen für das Studium der Kinderkrankheiten sind dagegen die Infirmaries, Nurseries, Dispensaries u. s. w. zu betrachten, wobei denn auch noch die von Barlow im Guy's Hospitale errichtete Abtheilung für kranke Kinder und Bird's Poliklinik gehören. Die englischen Aerzte haben mehr Gelegenheit, die kranken Kinder in ihren natürlichen Verhältnissen zu sehen, ihre Erfahrungen mehr als die, welche die Kinder nur in Findel- und Kinderkrankenhäusern beobachten, zu erweitern, dagegen wird es ihnen aber schwerer, in's Einzelne gehende vollständige klinische Beobachtungen zu machen, pathologisch-anatomische Untersuchungen im Grossen anzustellen und die numerische Methode nach Weise der Franzosen durchzuführen. Die im verschiedenen Städten befindlichen Kinderkrankenhäuser sind weit jünger als die Pariser und haben daher noch kein so reiches Material liefern können. Dazu kommt auch die Verschiedenheit zwischen der französischen und englischen Unterweisungs- und Beförderungsart, die strengeren Forderungen an Schriftsteller in England und auch noch, dass man die Kinderkrankheiten lange Zeit hindurch nicht als Gegenstand eines speziellen Studiums betrachtete. — Nach diesen allgemeinen Bemerkungen gibt der Verf. eine Uebersicht über die in England erschienenen Handbücher über Kinderkrankheiten, von welchen er das 1838 von Evanson und Maunsell, besonders in der deutschen Bearbeitung von Fränkel, für eine der besten erklärt. In den letzten 10 Jahren ist der Eifer für das Studium der Kinderkrankheiten auch in England reger geworden und sind manche schätzbare Arbeiten in diesem Gebiete erschienen, von welchen der Verf. eine grosse Anzahl anführt, und glaubt er, dass es nicht lange währen wird, dass sich die Pädiatrik auch in England zu einer bedeutenden Höhe erhebt, wofür schon die von C. West herausgegebenen Lectures on the diseases of infancy and childhood, ein Werk, welches der Verf. ausnehmend lobt, zu sprechen scheint. — Ueber die literarische Thätigkeit der Nord-Amerikaner im Gebiete der Kinderkrankheiten äussert sich der Verf. nur sehr kurz und scheint er mit deren Arbeiten nicht bekannt geworden zu sein, und bemerkt er über die Schriften von Green, Par-

rich und Dewees, dass sie auf europäischem Grunde ruheten, denn das dem Lande Eigenthümliche nur Cholera und Trismus infantum beträfe, welche Krankheiten in Amerika gefährlicher als in Europa seien. — Der Verf. wendet sich nun zur deutschen Literatur über Kinderkrankheiten, welche er, da sie in Schweden weit bekannter als die der oben erwähnten Länder ist, nur kurz besprochen hat. Er nennt Deutschland den grossen Redaktionsausschuss, welcher mit unermüdetem Eifer dahin strebt die mannichfaltigen Beobachtungen aller Länder der Welt in wissenschaftlicher Form und Einheit zu ordnen, wobei es aber zugleich in literarischer Produktivität selbst über Kinderkrankheiten eine solche Höhe erreichte, dass, wie der Verf. meint, es ihm unmöglich sei, dieser Literatur einer ausführlichen Darstellung und Kritik zu unterwerfen. Er berührt deshalb nur die vorzüglichsten Erscheinungen in der deutschen Literatur, welche in einem näheren Zusammenhange mit älteren, so wie mit neuerdings errichteten, Kinderpflegeanstalten stehen. Den viel belesenen und literarisch fruchtbaren deutschen Verfassern konnte es, meint der Verf., schon verziehen werden, wenn sie nicht hinreichende Zeit hatten, durch zahlreiche eigene Krankheitsbeobachtungen ihre Erfahrung zu bereichern. Der Mangel an dieser sicheren Grundlage von eigener Erfahrung war ihnen aber um so mehr zu verzeihen, je mehr es ihnen an Gelegenheit gebrach, mit dem wenigsten Zeitaufwande in eigenen Kinderkrankenhäusern oder ähnlichen Anstalten dergleichen vollständige Beobachtungen zu sammeln, denn dergleichen gab es bis in den letzten Dezennien in Deutschland relativ wenige. Die bei weitem grösste Zahl deutscher Schriftsteller über Kinderkrankheiten waren daher solche, welche wenige oder gar keine Gelegenheit hatten, durch eigene Erfahrung den Werth dessen, was Andere angaben, zu prüfen, theils waren es solche, welche in ihrer Privatpraxis den einzigsten Ausweg fanden, sich mehr oder weniger Erfahrung zu sammeln. Von dieser letzten Klasse deutscher Schriftsteller kann man sagen, dass man bei ihnen das Bild der Kinderkrankheiten innerhalb der Familien antrifft, im Gegensatze zu dem Bilde von blossen Kinderhauskrankheiten bei manchen französischen Schriftstellern. Von der grossen Menge Handbücher, die als Früchte deutscher Belesenheit und Fleisses zu betrachten sind, werden die von Fleisch, Henke, Meissner, Schnitzer und Wolff angeführt, welche, wie er bemerkt, vorzüglich durch die Hinweisungen,

welche die grosse Belesenheit ihrer Verf. liefern, Werth haben werden. Von den deutschen Lehrern an Gebäranstalten, welche sich besonders mit Kinderkrankheiten beschäftigt haben, verdient nach dem Verf. besonders Jörg genannt zu werden, von dessen Handbuch er sagt, dass es wegen der Originalität und der grossen Erfahrung des Verf. in Behandlung der Neugebornen immer den Werth eines für manche Fälle guten und einfachen Rathgebers haben wird. Darauf erwähnt der Verf. der Arbeiten, welche ihr Entstehen in den österreichischen Findelhäusern hatten, wie die von Schidler, Bednar, Verson u. s. w., und macht er besonders auch noch auf die Ambulatorien und Polikliniken als Mittel zur praktischen Unterweisung in den Kinderkrankheiten auf deutschen Universitäten aufmerksam. Das 1787 von Mastalier in Wien errichtete Kinderkranken-Institut wird lobend erwähnt und zollt der Verf. besonders den grossen Verdiensten von Goelis die gerechteste Anerkennung. Nachdem er noch Löbisch, Mükisch und Hügel erwähnt hat, kommt er auf das zu reden, was Berlin für die Pädiatrik geleistet hat, und gedenkt der Verdienste, welche Romberg, Henoch, Hildebrand u. s. w. in dieser Beziehung hatten. Ebenso wird Das, was die Aerzte verschiedener deutscher Kinderkrankenhäuser, wie das zu Dresden, Wien, Prag, Grätz, München u. s. w. geleistet haben, kurz erwähnt, und nachdem der Verf. auch der periodischen Literatur über Kinderkrankheiten in Deutschland mit einigen Worten gedacht und auch das von Dr. Behrend redigirte Journal, welches, nachdem die Clinique des hôp. des enfans 1846 eingegangen ist, das einzige journalistische Organ der ganzen Welt über Kinderkrankheiten ist, mit vielem Lobe erwähnt hat, schliesst er diese seine Darstellung der deutschen Literatur. Wenn diese Darstellung auch nicht auf Vollständigkeit Anspruch machen kann, so liefert sie uns doch den Beweis, dass der Verf. vollständige Kenntniss von Dem besitzt, was bei uns im Gebiete der Kinderkrankheiten geleistet wurde, was um so mehr zu seinem Ruhme gereicht, weil ausländische Aerzte sich selten um die Literatur fremder Länder bekümmern oder derselben nur geringe Aufmerksamkeit schenken. Der Verf. dagegen hat sich nicht allein mit der deutschen Literatur über Kinderkrankheiten vertraut gemacht, sondern ist in den Geist derselben auch eingedrungen und erweist sich als ein eben so gerechter als nachsichtiger Beurtheiler derselben. — Sehr kurz erwähnt er darauf noch Das, was in Russ-

land, Dänemark und Norwegen für Kinderkrankheiten geleistet wurde. Von den in Russland lebenden Aerzten werden in dieser Beziehung Doepf, Heine, Weisse und Kronenberg aufgeführt und sind die Arbeiten derselben angegeben worden. Dänemark und Norwegen sind, wenn man einige Uebersetzungen abrechnet, durchaus arm an Arbeiten über die ganze oder den grössten Theil der Pädiatrik. Obgleich es in Kopenhagen nicht an Anstalten fehlt, in welchen sich Beobachtungen über Kinderkrankheiten im Grossen machen lassen könnten, so haben die Aerzte doch nur höchst wenige Mittheilungen über Kinderkrankheiten in den dänischen Zeitschriften geliefert, was um so mehr zu bedauern ist, weil sie übrigens die gelehrte Welt oft mit gediegenen Arbeiten zu beschenken pflegen. Das eifrige Streben der norwegischen Aerzte hat dagegen in der Journalliteratur dieses Landes schon manchen werthvollen Beitrag über Kinderkrankheiten veranlasst. Besonders ist es aber Prof. Faye, der in der Entbindungsanstalt zu Christiania schätzbare Beobachtungen über Krankeiten der Neugebornen machte und diese in seinen Jahresberichten mittheilte, und steht es zu hoffen, dass, wenn erst eine Klinik für Kinderkrankheiten in Christiania errichtet sein wird, welche als ein nothwendiges Bedürfniss für diese Universität erscheint, wir auch von daher manche schätzbare Mittheilungen erwarten dürfen. Nach dieser Darstellung der ausländischen Literatur liefert der Verfasser eine sehr ausführliche allgemeine Geschichte der Kinderkrankenpflege in Schweden (S. 53—202) und führt darin zugleich diejenigen Arbeiten und Abhandlungen, welche schwedische Aerzte über Kinderkrankheiten lieferten, auf. Dieser Theil seiner Schrift, bei dem wir, da er manches Interessante darbietet, etwas länger verweilen müssen, wird von ihm in 5 Perioden getheilt: 1) von den ältesten Zeiten an bis 1660; 2) von 1660 bis 1750; 3) die sogenannte Freiheitszeit bis 1772; 4) von 1772 bis 1809 und 5) von 1809 bis zur gegenwärtigen Zeit. Er zeigt seinen Zuhörern, dass es für sie wichtig sei, auch die älteste schwedische Literatur kennen zu lernen, indem gerade manche von den älteren Schriften, die zum Theil schon sehr selten geworden sind, die Quelle der Vorstellungsweise des Volkes über die Ursachen, Natur und Behandlungsweise der Kinderkrankheiten sind, auf welchen die klugen Weiber noch jetzt ihren Anspruch an der Theilnahme der Behandlung kranker Kinder gründen, und welche

daher besonders von den Aerzten in den Landesörtern gekannt werden müssen. Manche solcher älterer Schriften enthalten auch schätzbare Schilderungen zur Geschichte der sporadischen als auch epidemischen Kinderkrankheiten. Ebenso glaubt er, dass es für seine Zuhörer auch wichtig sein dürfte, die schwedische Kinderkrankenpflege im Allgemeinen kennen zu lernen, insofern dieselbe Gegenstand der öffentlichen Verwaltung sei. Der Leibarzt Erich's XIV. und Johann's III., Benedictus Olai, widmete in seinem 1578 erschienenen „nyttighe Läkarebock“ (nützlichem Arztbuche) ein eigenes Kapitel zur Unterweisung in den Krankheiten junger Kinder, welche aber fast nur eine Aufzählung von Mitteln gegen solche ist und keine oder nur unvollständige Schilderungen enthält. Bengt Olsons Lehrbuch, das erste, welches in Schweden erschien, würde einen grossen Werth haben, wenn es sich auf in Schweden gemachte Erfahrungen gründete, ist aber, wie der Verfasser nachweist, seinem Inhalte nach fast wörtlich der 8. Ausgabe von J. Ryffs Hebammenbuche entnommen, und also als keine Originalität zu betrachten. Da er dem deutschen Originale nach viele ungereimte und sehr empirische Heilmittel verschrieb, so ist es wahrscheinlich, dass sich aus diesem Buche manche Kurarten unter dem Volke verbreiteten, von welchen noch manche gebräuchlich sind, wie z. B. das Tragen von Päonienkörnern an den Hals gegen Konvulsionen, der Weibermilch gegen Augenfluss u. s. w. Die verschiedenen Arbeiten von A. M. Rydaholmensis, welche der Verfasser namhaft macht, enthalten in Bezug auf Kinderkrankheiten nur einige wenige Rezepte. Als ein würdiger Rathgeber für die diätetische Behandlung ist jedoch A. Sparrmann, Leibarzt der Königin Christine und Karl Gustafs, zu nennen, welcher 1662 seinen „Sondhetzens Spegel“ (Gesundheitsspiegel) herausgab, worin er in einem Kapitel von Versen und Prosa die Art und Weise abhandelt, wie neugeborene Kinder bis zum 7. Jahre gepflegt und genährt werden sollen und angibt, wie man eine Amme wählen soll. In einem anderen Kapitel bespricht er die Pflege der Kinder vom 7. Jahre bis zum vollendeten Wachsthume. Die von Sp. gegebenen Rathschläge sind meistens durchaus gut zu nennen, und werden die Vorschriften, welche er bei der Wahl von Ammen ertheilt, noch heutiges Tages beobachtet. — C. Lindh gab 1675 eine Schrift unter dem Titel „Hausapothek och Lakjebouck“ heraus, worin einige grössten-

theils ungereimte Zusammensetzungen gegen Kinderkrankheiten sich finden. — Seitdem Rudbeck und Hofvenius, an der Universität in Upsala zu Lehrern ernannt, ein einheimisches Studium der Medizin hervorgerufen hatten und die ausgezeichnetsten Aerzte Stockholms 1663 vom Könige autorisirt worden waren, ein Collegium medicum zu bilden, mit der Bestimmung, dass dasselbe den bisher bestehenden Missbräuchen in der Gesundheits- und Krankenpflege steuern solle, wurde ein besserer Grund zur Ordnung gelegt. Diese privilegirte ärztliche Gesellschaft in Stockholm machte sich bald als eine unentbehrliche administrative Behörde geltend und in Folge ihrer Wirksamkeit kam 1688 die erste, zum Theil noch gültige, Medizinalordnung für Schweden heraus, welche für das ganze Land gültig war und deren Handhabung dem Collegium medicum anvertraut wurde. Die dem Collegium ertheilten Privilegien, welche der Verfasser anführt, ergeben, wie dringend das Bedürfniss einer öffentlichen Administration der Gesundheitspflege war, und welche heilsame Wirkungen dieselbe hatte und ist von der Zeit an, in welcher solche wichtige Veränderungen im Medizinalwesen eintraten, auch eine neue Periode in der Geschichte der Kinderkrankenpflege in Schweden eingetreten. 1682 machte U. Hjaerne, Mitglied des Coll. med., zuerst den Vorschlag, dass man in Stockholm zur Unterweisung der Hebammen ein Hospital für Wöchnerinnen errichten möge. Dieser Unterweisung wurde indessen bald darauf durch den ausgezeichneten Hebammenlehrer und Assessor des Collegiums, J. van der Hoorn, durch Herausgabe seiner Schrift, den Svenska vällöfvade Jordegumm an. 1697 (die schwedische wohlgeübte Wehemutter) abgeholfen, in welcher er über die Behandlung Neugeborener gute Rathschläge ertheilte, obschon er die Hebammen zu manchen Handlungen autorisirte, die nicht passend waren, z. B. das Zurechtrücken des Kopfes bei unförmlicher Gestaltung u. s. w. Er war es zuerst, der die Schwämmchen in seinem Werke als Torskan, eine beim Volke gebräuchliche Benennung, bezeichnete. J. Linder, später Lindestolpe, gab 2 Bücher 1711 und 1717 heraus, in welchen er die Wurmsymptome beschrieb, aber zugleich auch das Vorkommen von Würmern sehr übertrieb. So redete er von Würmern im Nabel, welche die Kinder peinigen und zur Abzehrung bringen sollten, von Haarwürmern (Crinones), die am Rücken von Säuglingen, welche dadurch abzehrten, vorhanden seien u. s. w. In seiner

anderen Schrift findet sich die älteste Mittheilung über das Aeltan bei Kindern, einer Krankheit, die von ihm als ein Magenfieber, welches Aehnlichkeit mit einer Tertiana duplicata hat, bezeichnet wurde. Es lässt sich nach dem Verfasser annehmen, dass der Name und Krankheitsbegriff Aeltan weit älter gewesen sei, als die wissenschaftliche Medizin in Schweden, jedoch glaubt derselbe, dass diese Benennung sich nur auf den mittleren Theil des Landes beschränkt habe, und dass die Symptome, welche unter diesem Namen aufgeführt werden, vom nördlichen und südlichen Theile verschiedene Benennungen erhielten. 1771 und 22 herrschte in der Umgegend eine Epidemie unter Kindern und jungen Leuten, die Messlings oder Fläcksjuka genannt wurde, welche den König veranlasste, das Coll. med. zu beauftragen, eine Anweisung zu verfassen, wie dieselbe verhindert und behandelt werden könne. Der gegebenen Beschreibung nach ist es wohl nicht zu bezweifeln, dass die Krankheit die Masern waren, obschon unter Messling in Schweden auch andere Exantheme bezeichnet worden zu sein scheinen. Die von dem Coll. med. gegebenen Vorschriften zur Behandlung waren, wenn man die zum Hervortreiben des Ausschlages empfohlenen Mittel abrechnet, gewiss zweckmässig zu nennen. Diese Epidemie veranlasste den Assessor des Coll. med., J. C. Nordenheim, im Jahre 1722 eine Schrift herauszugeben, die besonders für die Landbewohner, die keine ärztliche Hülfe erhalten konnten, bestimmt war, in welcher ebenfalls von dem Aeltan, als Folgekrankheit der Masern, die Rede ist. Die Symptome davon sind nach ihm: bleiche Haut, grosser und harter Magen, Verlust des Appetits, fast anhaltender Durst, Wechsel von Frösteln und Hitze, Trockenheit in der Nase, im Halse und am Gaumen, Unruhe und periodischer Kopfschmerz. Die kleine Schrift enthält eine genaue Krankheitsbeschreibung und eine Menge von Heilmitteln, die bei dem Volke üblich waren, so dass sie ein wichtiger Beitrag für das Studium der Volksmedizin ist. — Wirft man, sagt der Verfasser, einen Blick auf das, was das Coll. medic. in den ersten 5 Jahren seines Bestehens geleistet hat, so darf man annehmen, dass die ersten Bemühungen, die Pädiatrik zu einer wissenschaftlichen Würde zu erheben und für bessere Kinderkrankheitspflege zu sorgen, theils von dem Collegium als Behörde, theils von einzelnen Mitgliedern desselben ausgegangen sind. Dass die schwedische Pädiatrik in den ersten 4 Dezennien, nachdem Norden-

heim's Schrift erschienen war, die Ehre erlangte, dass sie unter allen Ländern Europa's den ersten Rang einnahm, lässt sich aus der auf schwedischen Universitäten erlangten Bildung und aus den anhaltenden Bemühungen des Coll. med. nicht genügend erklären, sondern wirkten dazu mehrere Umstände mit, mit deren Darstellung der Verf. die 3. Periode der Geschichte der schwedischen Kinderkrankenpflege beginnt. — Unter Karl XII. hatten Krieg und Pest die Bevölkerung Schwedens decimirt; nach dem Tode desselben konnte man in der Friedenszeit daran denken, das Wohl des Landes zu fördern, und machte sich nun als eine der wichtigsten administrativen Maassregeln die geltend, den entstandenen Verlust an der Bevölkerung wieder zu ersetzen, und verursachte dieses, dass die Gesundheitsbehörden ein höheres Ansehen und grösseren Einfluss bekamen. Linné zog viele junge Leute an sich, die sich dem Studium der Naturwissenschaft und Medizin widmeten, wodurch der Gesammtheit grosser Nutzen erwuchs. 1737 wurde neben dem Coll. medic. eine königliche Gesundheitskommission als eine höhere administrative Behörde errichtet, die aus Reichsräthen, anderen Beamten und Aerzten bestand und in ihrer 30jährigen Wirksamkeit eine kräftige Stütze für Maassregeln in Bezug auf die Pflege kranker Kinder wurde. Das grösste Verdienst aber um die Kinderkrankenpflege und die Literatur über Kinderkrankheiten hat die 1739 errichtete königl. Akademie der Wissenschaften gehabt, die im strengsten Sinne des Wortes für die Nachkommen und so auch für die Pädiatrik wirkte. Schon nach 3 Decennien waren fast alle ausgezeichneten Aerzte des Landes der Akademie beigetreten und lieferten die seit 1740 erschienenen Verhandlungen derselben auch manche Beiträge in Bezug auf Kinderkrankheiten, die der Verfasser näher angibt. In der von J. M. von Aken 1746 herausgegebenen Haus- und Reiseapotheke sind gute Vorschriften zur Pflege junger Kinder enthalten. Die erste Veranlassung zur Errichtung des Tabellwerkes, welches 1787 begann, gab der Sekretär der Akademie, Wargentin, der in der Akademie Auszüge aus den Berichten verschiedener Landeshauptleute über die Volksmenge mittheilte und vorschlug, dass die Geistlichen Geburts- und Sterberegister führen sollten. Durch dieses Tabellwerk wurde nun besonders die Aufmerksamkeit auf die grosse Sterblichkeit unter den Kindern geleitet, und wurde dadurch zunächst der Anstoss zu mancherlei Maassregeln von Seiten der Regierung, um dieser

Mortalität entgegen zu wirken, gegeben, welche von dem Verf. näher angegeben werden, wohin auch die Anstellung von Armenärzten in Stockholm gehörte, die besonders für die Behandlung kranker Kinder mit verpflichtet waren. Ferner wurde den Mitgliedern des Coll. med. befohlen, klinische und anatomische Beobachtungen zu machen, diese auch von den Provinzialärzten zu fordern, selbige zu ordnen und sie in den Abhandlungen der Akademie der Wissenschaften zu publiziren. Die Akademie selbst fing nun auch an, den Kinderkrankheiten mehr Aufmerksamkeit zu schenken, woven, wie der Verfasser angibt, die verschiedenen Bände ihrer Abhandlungen hinreichende Beweise lieferten. Unter diesen verdient Acrell's Abhandlung über die Krankheiten der Frucht im Mutterleibe besonders hervorgehoben zu werden, indem sie ein neues Feld zu pathogenetischen Untersuchungen darbot. Diese Krankheiten theilte er in solche, welche die Frucht mit der Mutter gemeinschaftlich hatte, wie Fieber, manche chronische Krankheiten und die durch psychische Affektionen der Mutter entstandenen, und ferner in solche, die nur die Frucht allein befielen. Diese leitete er theils von unordentlicher Beschaffenheit des Eies, theils von unvollkommener Befruchtung, theils von mechanischen Verhältnissen bei der Entwickelung, u. s. w. her. Auch verschiedene populäre Abhandlungen, wie Rosen's Hauskuren in verschiedenen Kinderkrankheiten, Strandberg's Anweisung zur Verhütung und Behandlung der Pocken, gingen aus dem Schoosse der Akademie hervor. Die in dem Tabellwerke aufgeführte grosse Zahl von an Pocken, Masern u. s. w. gestorbenen Kindern gab Veranlassung, dass dem Coll. med. der Auftrag gegeben wurde, Mittel vorzuschlagen, durch welche diese Sterblichkeit gemindert werden könne. Eine grosse Menge von Kindern wurde alljährlich als von den Müttern oder Ammen erstickt aufgeführt und dieses veranlasste den König, 1752 das Collegium zu beauftragen, über eine Maschine, die Triewald vor 12 Jahren beschrieben und Arcuccio genannt hatte, ein Urtheil abzugeben. Zu diesem Ende liess Bäck eine solche Maschine anfertigen und liess Elf aus Lappland die daselbst gebräuchliche Lappvattje kommen. Die mit beiden angestellten Versuche sprachen zu Gunsten der letzteren und ergab sich das Arcuccio als zu schwer und drückend. Diesen Resultaten zu Folge wurde auf Befehl des Königs für jedes derselben ein Modell der Lappväntje angefertigt, um durch nähere Kenntniss des Todt-

drücken der Kinder durch schlafende Mütter oder Ammen zu verhindern. Von den in dieser Zeit in Schweden erschienenen populären Schriften verdient eine von Dr. Balk über Kinderpflege, die 1755 erschien, erwähnt zu werden. Der Reichstag von 1755 bis 56 lenkte seine Aufmerksamkeit besonders auf die Kinderkrankenpflege im Lande, machte verschiedene Vorschläge zur Verbesserun“ derselben und veranlasste die Niedersetzung einer eigenen Behörde, die den Namen „Reichsständische Hospitals- und Kinderhausdepu gerhtationielt. Die in Stockholm befindlichen Kinderhäuser waren nur Erziehungsanstalten für physisch und moralisch vernachlässigte Kinder und entsprachen, wie der Verf. zeigt, nicht den Ansprüchen, die man daran machen konnte. Die ärztliche Behandlung der kranken Kinder war einem Feldscheerer anvertraut, und erst 1732 erhielt der Stadtphysikus Strandberg den Auftrag, wenigstens 2 bis 3 mal im Monate die Kinder mit dem Feldscheerer zu untersuchen. Junge Kinder konnten in diesem Hause keine Hülfe erhalten. Diesen wurde eine geringe Unterstützung aus der Armenkasse zu Theil oder wurden sie in den sogenannten Armenstuben aufgenommen; als aber die Zahl derselben, besonders aber der unehelichen, wuchs, so wurde das Bedürfniss, bessere Maassregeln für diese zu treffen, immer fühlbarer. Der Freimaurerorden suchte nun um die Erlaubniss nach, ein Hospital für neugeborene und junge Kinder nach dem Beispiele ausländischer Findelhäuser errichten zu dürfen, und wurde dieses erste und einzige schwedische Findelhaus 1753 für 20 Kinder eröffnet. Obschon Elf und Acrell die öffentliche Oberaufsicht und Behandlung im Hause übernahmen, so wurde die Sterblichkeit in demselben doch bald so gross, dass man die künstliche Ernährung aufgab, die Kinder an Frauen an die Brust gab, und sie erst, wenn sie älter geworden waren, wieder aufnahm, worauf sie bis zum 8. Jahre verpflegt und dann in das grosse Kinderhaus gebracht wurden. Dieses Freimaurer Kinderhaus veranlasste die Errichtung eines dritten, bei Danvik belegenen, Kinderhauses im Jahre 1755 und zwar aus den Mitteln der Hausarmenkasse. Dieses war mehrere Jahre nur dazu bestimmt, den Müttern junger armer Kinder Hülfe zu verleihen oder mutterlosen armen Kindern Pflegemütter zu verschaffen, und wurde es, da es unter Aufsicht des Polizei-Kollegiums stand, Polizeikinderhaus genannt. Wenn die Kinder zu gehen begannen, so wurden sie wieder aufgenommen, bis zum 6. Jahre verpflegt und dann dem grossen Kinderhause

übergeben. Da die Reichsstände von 1755—56 einen Bericht über die Administration der Stockholmer und einiger kleinen, im Lande befindlichen Kinderhäuser verlangten und an jenen Vieles auszusetzen hatten, so ernannten sie die eben erwähnte Deputation, welche die Oberaufsicht über alle solche Anstalten haben sollte. Von dieser Deputation, welche später den Namen „Königl. Oberdirektion" erhielt und 1772 vom Seraphimerorden übernommen wurde, wurde eine gründliche Reform mit dem allgemeinen Kinderhause vorgenommen und auch ein eigener Arzt für dasselbe gewählt. Sowie überall in dieser Periode der Kinderkrankenpflege eine grosse Aufmerksamkeit geschenkt wurde, so lieferte dieselbe auch von Seiten der Aerzte manche schätzbare Abhandlungen über Kinderkrankheiten, welche besonders in Bezug auf die Geschichte der Epidemieen in Schweden nicht unwichtig sind und von dem Verf. namhaft gemacht werden. Von diesen verdienen der Priorität und gelungenen Beschreibungen wegen die von Rudberg in Nerike 1755 gelieferte Schilderung einer Epidemie von Diphtheritis und Croup, von ihm Synanche pharyngea epidemica genannt, erwähnt zu werden. Hallenius beobachtete dieselbe Krankheit 1766 in Upland epidemisch und wies das Vorkommen einer Pseudomembran in der Aspera arteria nach. Er nannte die Krankheit Angina infantum, während sie von Wahlbom Cynanche aphthosa imarum faucium und Morbus strangulatorius genannt wurde. Unter den vielen anderen Abhandlungen und Schriften, die der Verf. aus dieser Periode anführt, und welche zum Theile in den verschiedenen Bänden der Abhandlungen der Akademie der Wissenschaften sich finden, ist noch eine von Bergius über die Frauenmilch erwähnt worden, worin der Einfluss der Milch auf die Säuglinge, sowie der Unterschied zwischen der Milch der Karnivoren und Herbivoren nachgewiesen wird, nämlich dass jene Neigung zur Alkalescenz, diese aber zur Säure habe. Die von Bergius angestellten Versuche und gemachten Reflexionen sind nach dem Verf. sehr wichtig und durch neueste chemische und physiologische Untersuchungen bestätigt worden. Der erste Anlass zu denselben gab die 1761 in Edinburg von Young herausgegebene Dissertation „de lacte." — Rosen's (Rosenstein's) bekanntes Werk begann auf eine sehr anspruchlose Weise durch populäre Mittheilungen in dem kleinen Kalender im Jahre 1753 und wurden dieselben bis 1771 fortgesetzt. 1764 beschloss die Akademie der Wissenschaften diese Aufsätze zu sammeln und in einer eigenen kleinen Schrift unter dem Titel: „Uoder-

rättelser von barnjukdomar och deras botemedel" herauszugeben, zu welcher Rosenstein verschiedene Zusätze machte. Diese Schrift wurde von Verschiedenen unter verschiedenen Titeln in's Deutsche übersetzt und erlebte von diesen Uebersetzungen die von Murray allein 6 Auflagen. Ebenso wurde sie in's Dänische, Holländische, Englische, Französische und Italienische übersetzt, und manche von diesen Uebersetzungen erlebten noch mehrere Auflagen. Die Veränderungen und Zusätze zu der dritten 1771 erschienenen schwedischen Ausgabe schrieb Rosenstein, dessen Gesundheit nicht die beste mehr war, auf dem Lande. R's. Schrift hat schnell eine solche Anerkennung gefunden, wie wohl kein Buch gefunden hat. In Schweden hat dieselbe fünf Auflagen erlebt, von welcher die fünfte im Jahre 1851 unverändert von der Akad. der Wissenschaften veranstaltet wurde, ein Beweis, dass dieses höchst schätzbare Buch noch jetzt in Schweden häufig benutzt wird. Dieses erkannte die grossen Verdienste Rosenstein's aber auch dankbar an, wovon unter anderen zwei Medaillen, die ihm zu Ehren geprägt wurden, nämlich eine 1773 in seinem Todesjahre und eine 1814, zeugen. — Zu den Maassregeln, welche in dieser Zeit zur Fürsorge für Kinder getroffen wurden, gehörte auch die Errichtung eines Ammenkomptoirs, womit zugleich verbunden war, dass die Kinder der Ammen zur Pflege auf's Land gegeben wurden, was indessen bald die Folge hatte, dass aus dem Stifte Upsala die Klage einlief, dass die venerische Krankheit durch solche Kinder daselbst verbreitet würde. Die Untersuchung der Ammen und Oberaufsicht der Anstalt wurde später dem Adjunkten des Professors der Geburtshülfe übertragen, welcher diese Funktion noch jetzt hat. —

Da die Pocken zu den Krankheiten gehörten, welche viele Kinder hinrafften, so verweilt der Verf. bei diesen etwas länger und bespricht er die Geschichte der Pockeninokulation in Schweden besonders ausführlich. Schon Carl XII. soll aus Bender einen ausführlichen Bericht über die in der Türkei übliche Inokulation der Pocken nach Stockholm gesendet haben, allein es scheint, als wenn dadurch keine Versuche veranlasst worden sind. Spöring in Abo gab 1737 eine kurze Beschreibung der Pockeninokulation heraus, allein erst 1755 erhielt das Coll. medicum den Auftrag, dass es Vorschläge machen möge, auf welche Weise sich dieselbe am besten einführen lassen könne und wurde ihm aufgegeben, dass es mit aller Vorsicht im grossen Kinderhause Versuche

damit machen möge. Die Vorsteher des Freimaurer Kinderhauses suchten auch um die Erlaubniss nach, dass in diesem Hause Versuche angestellt werden dürften, was bewilligt wurde. Der Dr. Schultz wurde nach London gesendet, um in der dortigen Pockenimpfungsanstalt die Art der Impfung zu studiren und die Resultate derselben zu beobachten. Der von diesem an die königl. Gesundheits-Kommission 1756 abgestattete Bericht wurde von einem der ersten Impfärzte Londons, Dr. Ascher, in's Englische übersetzt und übersetzte Murray denselben in's Deutsche. Bis zum Anfange von 1756 waren erst 4 Kinder in Schweden inokulirt worden und gab in diesem Jahre das Coll. medic. eine Bekanntmachung über das dabei zu beobachtende Verfahren heraus. Die vorgeschlagene Errichtung eines Inokulationshospitales scheiterte an den dazu geforderten Geldmitteln, indessen beeiferten sich nicht bloss die Aerzte in ihrer Privatpraxis, die Inokulation auszuführen, sondern wurden auch von Verschiedenen wissenschaftliche Mittheilungen über dieselbe herausgegeben. Im Jahre 1766 wurde endlich ein Impfungshaus eingerichtet, dem Dr. Schultz vorstand und auch in anderen Städten des Landes traten ähnliche Anstalten in's Leben. Die gegen die Inokulation erhobenen Bedenken wurden indessen immer wieder aufgeregt und besonders durch eine Uebersetzung einer Schrift von de Haen gegen dieselbe genährt, und erst als im Jahre 1767 fünf Mitglieder der königl. Familie von Rosenstein mit Erfolg inokulirt worden waren, fing das Vertrauen zu derselben an zuzunehmen. — Die politischen Veränderungen, welche 1772 in Schweden eintraten, hatten, wie der Verf. zeigt, einen bedeutenden Einfluss auf die neue Literatur und Organisation der Krankenpflege, so dass er mit diesem Jahre eine neue Periode in seiner Darstellung beginnt. Die Abhandlungen der Akad. der Wissenschaften sind, wie der Verf. nachweist, nicht so reich an Aufsätzen über Kinderkrankheiten wie früher. Die ärztliche Bildung hatte aber bereits so bedeutende Fortschritte gemacht, dass ein eigenes mediz. Journal nicht mehr zu entbehren war, welches denn auch anfänglich unter dem Titel: „Wochenschrift für Aerzte und Naturforscher,“ dann aber unter dem Titel: „der Aerzt und Naturforscher“ erschien und mit dem 15. Bande sein Ende erreichte. Diese Zeitschrift ist aber arm an Originalartikeln über Kinderkrankheiten, und lieferte die meisten derselben ein Armenarzt, Dr. Lund, welche der Verf. namhaft macht. Der Verf. erwähnt ferner, dass die Inokulation der Pocken bei der ärmeren

Volksklasse nicht recht habe in Aufnahme kommen wollen, und selbst die böse Pockenepidemie von 1783 bis 85, die in Stockholm herrschte und 1785 allein 1043 Menschen hinraffte, mehrte das Vertrauen zu derselben nicht, so dass Bergius vorschlug, die Polizei zu beauftragen, die Widerspenstigen zur Inokulation zu zwingen. 1798 befand sich Dr. J. Schultz, später Stadtarzt in Gothenburg und Quarantänearzt in Känsö als Amanuensis bei J. Banks in London und war dieser der Erste, welcher über Jenner's Entdeckung und Schriften dem Coll. med. berichtete. S. übersendete auch bald darauf an Schulzenheim in Stockholm und Carlander in Gothenburg Vaccinestoff, der aber keinen Nutzen hatte, da die damit angestellten Impfungen von Gahn fehlschlugen. Obschon 1799 bis 1801 eine bedeutende Pockenepidemie herrschte und man aus öffentlichen Blättern erfuhr, dass die Vaccination in anderen Ländern Fortschritte mache, so zeigte sich bei den schwedischen Aerzten doch wenige Neigung, dieselbe anstatt der Inokulation anzuwenden und trug selbst das Coll. medic. Bedenken, zur Einführung derselben behülflich zu sein, wesshalb es denn dem Einzelnen überlassen blieb, im Streite mit allerlei Vorurtheilen ihr Eingang zu verschaffen. Mit warmem Eifer nahm sich der spätere Professor zu Lund Dr. Munck von Rosenschjöld der Vaccination an und hat Schweden diesem desshalb sehr Vieles zu verdanken. Am 23. Oktober 1801 verrichtete derselbe die erste glückliche Vaccination in Schweden mit Lymphe, die an demselben Tage von Kopenhagen angelangt war, und gab der Regimentsarzt Beijer zu Malmö 2 von seinen Kindern zu diesem Versuche her. Mit unausgesetztem Eifer fuhr Rosenschjöld verschiedene Jahre hindurch fort, im südlichen Theile des Landes zu vacciniren und erhielt das Verfahren immer mehr Vertrauen beim Volke. In demselben Jahre gab er eine kleine Schrift für das Volk über die Kuhpocken heraus, worin er die Vaccination empfahl und sich erbot, Aerzten Lymphe mitzutheilen. Einen Tag später als R. vaccinirte auch Engelhardt zu Lund seinen eigenen Sohn mit Erfolg mit von Kopenhagen erhaltener Lymphe. Der Sohn des Gesandten de la Gardie zu Wien war fast zu derselben Zeit von de Carro vaccinirt worden und dieses veranlasste den König Gustav Adolph IV., der bis dahin nicht sehr für die Vaccination eingenommen war, seinem Gesandten schriftlich Glück zu wünschen und ihm sein Wohlgefallen auszudrücken, dass er das neue Mittel angewendet habe. Ein Graf Stenbock war

in Quedlinburg ebenfalls mit Erfolg vaccinirt worden, und diese Fälle, so wie die Bemühungen de la Gardie's, durch von Wien ausgesendeten Impfstoff die Vaccination einzuführen, trugen nicht weniger als Rosenschjöld's Eifer dazu bei, dass die Vaccination auch in höheren Kreisen sich Gönner gewann. Dieser machte 1802 bekannt, dass er bereits an 2000 Personen vaccinirt und an 80 Aerzten Lymphe mitgetheilt habe. Unter diesen befand sich auch Prof. Gistrén zu Stockholm, der die Lymphe dem Assessor Gahn überliess und verrichtete dieser damit die erste in Stockholm gelungene Impfung am 17. Dezember 1801. Von hier aus wurde die Vaccine dann nach dem mittleren und nördlichen Theile des Landes verbreitet und berichtete G. am 12. Februar 1802, dass seine Vaccine in der 6. Generation noch dieselbe Kraft zeige. Rosenschjöld's Bemühungen blieben nicht ohne Anerkennung. Auf Veranlassung des französischen Gesandten wurde er Mitglied des Comité central de Vaccine zu Paris, die patriotische Gesellschaft ernannte ihn zum Mitgliede und ertheilte ihm ihre Medaille und 1813 erhielt er, wie Gahn, vom Könige die goldene Vaccinationsmedaille. Im Dezember 1801 schrieb der Archiater Afzelius an Dr. Carlander, dass Rosenschjöld seine Meinung über den Werth der Kuhpocken habe wissen wollen, und dass er ihm geantwortet habe, „dass dieser sich erst nach 50 Jahren würde bestimmen lassen, indem man früher nicht mit Sicherheit wissen könne, welche Veränderungen sie durch die beständige Uebertragung erleiden und ob sie gegen Pocken bloss eine Zeit lang oder für immer schützen würden.“ Dr. Liljevalch hatte zu Paris dem Versuche beigewohnt, dass 102 Kindern, die 1 bis $1^1/_2$ Jahre zuvor die Kuhpocken gehabt hatten, die Pocken inokulirt wurden, ohne dass sie Pocken bekamen, und schrieb er, dass er mit Vorurtheil gegen die Vaccine nach Paris gekommen sei, aber nach allen gemachten Erfahrungen die Ueberzeugung gewonnen habe, dass dieselbe eine Wohlthat für die Menschheit sei. Afzelius, Carlander und Hedin, die anfänglich Gegner der Vaccination gewesen waren, wurden später doch für dieselbe gewonnen. Hedin gab 1802 eine kleine Schrift mit zwei illuminirten Tafeln über ächte und unächte Vaccine heraus, und bemerkte, dass ihm Versuche mit der Retrovaccination gelungen seien, so dass er mit unmittelbar von der Kuh entnommenem Vaccinestoff habe weiter impfen können. Rosenschjöld bemerkte, dass die Tafeln beitragen dürften, die ächten mit den unächten Kuhpocken zu ver-

wechseln, und dass er zwei Unrichtigkeiten in der Schrift gefunden habe, nämlich die, dass Materie, die nach dem 9. Tage genommen würde, falsche Kuhpocken erzeuge, und die, dass, wenn keine Geschwulst in der Achselhöhle entstände, die Kuhpocken nicht gut seien. Nach 1500 Versuchen habe er sich überzeugt, dass, so lange die Materie klar und wasserfarbig sei, sie immer ächte Kuhpocken ja bis zum 11. und bisweilen bis zum 12. und 13. Tage hin erzeuge, dass sie aber am sichersten anschlage, wenn sie am 9. Tage oder vor dem Eintritte des Fiebers und der charakteristischen Röthe abgenommen würde. Geschwulst in der Achselhöhle fehle bei ächter Vaccine oft ganz, und wenn mit solcher weiter geimpft würde, so könne sie bei Anderen entstehen. Sehr richtig bemerkte R., dass diese, sowie die mehr oder weniger lebhafte Röthe, die raschere oder langsamere Entwickelung, das bedeutendere oder unbedeutendere Kranksein, die grössere oder geringere Reichhaltigkeit an Lymphe in den Pocken ohne Zweifel auf die Individualität der Geimpften, der dünneren oder festeren Beschaffenheit der Oberhaut und anderen Umständen beruhen. — Die Geschichte der Kuhpockenimpfung in Schweden hat Scheel im Jahre 1802 im nordischen Archiv geliefert; aber weit vollständiger hat sie Professor Zetterström in einer Reihe von Dissertationen: Initia historiae vaccinationis in Suecia, Upsala 1816—21 abgehandelt. Nachdem der Verf. noch weitere Maassregeln, die zur Verbreitung der Kuhpocken in den folgenden Jahren getroffen wurden, angegeben hat (wohin auch die gehört, dass denjenigen, welche die meisten Kinder vaccinirt hatten, Prämien gegeben wurden) und einige Schriften populären Inhaltes in Bezug auf Vaccination angeführt hat, erwähnt er die Errichtung zweier Entbindungsanstalten, der Pro patria und des allgemeinen Entbindungshauses in Stockholm und setzt es näher auseinander, welchen Einfluss das letztere auf das Kinderhaus gehabt habe. Der Verf. gibt dann die medizinischen Schriften, die von 1772 bis 1809 in Schweden erschienen sind, an. Dahin gehören in Bezug auf Kinderkrankheiten: 1. Martin, com barnsjukdomar 1782, worin ein Artikel über Rhachitis sich findet. 2. A. J. Retzius, Lectiones publicae de vermibus intestinalibus imprimis humanis 1786, eine in naturhistorischer Hinsicht ausgezeichnete Abhandlung. Ferner kam in dem von Berzelius und Gadelius im Jahre 1806 herausgegebenen Wissenschafts-Journale für Aerzte eine der Pädiatrik angehörende Abhandlung von Prof. Trafvenfelt über

unordentliches Wechselfieber oder Aeltan vor, welche besonders bezweckte, dem Vorurtheile, dass dieses Uebel sich nur durch alte Weiber and nicht durch Aerzte heilen lasse, entgegen zu wirken. Der Verf. führt dann verschiedene Vorschläge, die vom Coll. medic. in Bezug auf die Vaccination gemacht wurden und gesetzliche Bestimmungen, welche in dieser Hinsicht getroffen wurden, an und bemerkt er, dass man darunter das Verbot der Inokulation der Pocken vermisse, welche jedoch, wie man annehmen könne, seit Einführung der Vaccination nicht mehr ausgeübt worden sei. Wie oben erwähnt wurde, äusserte sich Afzelius vor 50 Jahren dahin, dass der Werth der Vaccination erst nach 50 Jahren richtig bestimmt werden könne. Um nun zu sehen, was diese 50 Jahre in dieser Hinsicht gelehrt haben, hat der Verf. nach dem Tabellwerke und aus den im Archive des Gesundheitskollegiums befindlichen Berichten eine Tabelle entworfen, auf welcher von 1742—1851 die Zahl der Geborenen, die Volkszahl, die Zahl der im Allgemeinen und der an den Pocken Gestorbenen und von 1804 an die Zahl der Vaccinirten angegeben und mit verschiedenen Bemerkungen versehen ist. Aus dieser höchst interessanten Tabelle geht nun unter Anderem hervor, dass, obschon die Vaccination nicht den sicheren Schutz gegen die Pocken brachte, welchen sich ihre eifrigsten Verfechter anfänglich versprachen, sie doch den Pocken ihre frühere Gefährlichkeit bedeutend raubte, und desshalb wesentlich zur Mehrung der Population beitrug. Was den gegen die Vaccination erhobenen Einwurf anbelangt, dass nämlich andere Krankheiten, besonders Skropheln, durch dieselbe gemehrt würden, so liefert die Tabelle dagegen auch eine indirekte Widerlegung desselben, denn die Mortalität im Allgemeinen war vor der Einführung der Vaccination bedeutend grösser, als nach der allgemeinen Verbreitung derselben, und lässt sich daraus dann schon schliessen, dass die Krankheiten, welche die Vaccination begünstigt haben soll, keineswegs so lebensgefährlich gewesen sein können, als die Pocken. So viel dem Verf. bekannt, ist auch in Schweden keinerlei Erfahrung gemacht, die die Annahme unterstützen könnte, dass nach Einführung der Vaccination die Skropheln, Ausschlags-Fieber oder andere Krankheiten überhand genommen hätten und schlimmer geworden wären, sondern sprechen vielmehr alle ihm zugänglich gewesene Data für das Gegentheil. — Da es der Verf. bei der Beurtheilung pädiatrischer Schriften für wichtig hält, auf den Wirkungskreis und die Verhältnisse, unter

welchen die Erfahrungen des Schriftstellers gemacht wurden, zu achten, so geht er nun bei weiterer Besprechung der schwedischen Literatur auf das über, was die am Entbindungs- und Kinderhause zu Stockholm angestellten Aerzte in diesem Gebiete geleistet haben. Die Mittheilungen von Beobachtungen über die Krankheiten der Neugeborenen und jungen Kinder aus dem allgemeinen Entbindungshause begannen erst alsdann, als P. G. Cederschjild Direktor desselben wurde. Dieser gab eine Reihe von Jahresberichten heraus, welche sich in den Abhandlungen der ärztlichen Gesellschaft finden und später vom Prof. Elliot fortgesetzt wurden. Ausserdem lieferte Cederschjild in seinen geburtshülflichen Schriften manche Beiträge, die auf im Entbindungshause gemachten Erfahrungen beruheten. C. bemerkte, dass die Ophthalmoblennorrhoe zum Theile von Schleimflüssen bei den Müttern herrühre, oft aber auch vorkomme, wo diese fehlen und Elliot wies nach, dass in diesem Augenleiden eine jährliche Variation von zwischen 2, 89 — 7, 30°/₀ von 1826—40 stattgefunden habe, und dass durchschnittlich 5, 55°/₀ der geborenen Kinder daran litten, und sprach sich dahin aus, dass das Uebel theils auf den Emanationen eng zusammengedrängter Individuen, theils auf atmosphärischen Einflüssen beruhe. Dr. Dahlin hat dagegen in der Zeitschrift für Aerzte und Pharmaceuten 1835 erwähnt, dass es sich im königl. Lazarethe zu Stockholm ergeben habe, dass die meisten Fälle von Blennorrhoea vaginae herrühren und bestreitet dieser allen Einfluss des Lichtes. Die Berichte von C. und E. ergeben ferner, dass von den in Entbindungshäusern anderer Länder häufig vorkommenden Zellgewebsverhärtung und Rose nur wenige Fälle vorkamen; auch scheint Syphilis congenita nicht häufig beobachtet zu sein, was aber darauf beruhen mag, dass diese Fälle zu anderen Rubriken gebracht wurden. Häufiger kommen Apoplexie, jedoch wenige Fälle von constatirter Blutung, Eklampsie und besonders Trismus vor. Dieser herrschte im ersten Halbjahre von 1804 in der Anstalt epidemisch und raffte 7°/₀ der lebendgeborenen Kinder hin. In einer kurzen Periode der genannten Zeit wurde jedes geborene Kind davon ergriffen und kam es noch in den folgenden 4 Jahren häufiger als gewöhnlich vor. Bei den Leichenöffnungen fand man das Gehirn und Rückenmark stark mit Blut angefüllt, ebenso blutreich waren die Gefässe der Hirn- und Rückenmarkshäute, bisweilen fanden sich Gerinnsel von ausgetretenem Blute. Die Symptome waren Unruhe,

zwischen durch gellendes Schreien, krampfhaftes Ziehen der Lippen und Krämpfe, die in der Form von Trismus und Eklampsie, bisweilen auch von Tetanus wechselten. Jeder Anfall von Eklampsie bestand aus Erstickungserscheinungen, Zuckungen und Schnarchen und hörte mit profusem Schweisse auf, bei dem oft Friesel entstand. Gewöhnlich entstand die Krankheit zwischen dem 4. und 6. Tage nach der Geburt, von 64 Fällen kamen 63 in den ersten 9 Lebenstagen vor, und wurde die Krankheit in 2 Tagen tödtlich. C. nahm an, dass die Epidemie von 1834 besonders von plötzlichen Temperaturveränderungen hergerührt habe. Der Verfasser erwähnt, dass über die Ursachen des Trismus neonatorum in der Gesellschaft schwedischer Aerzte 1840 und 41 Diskussionen stattgefunden hätten, und dass Dr. Cederschjild jun. bemerkt habe, dass er im allgemeinen Entbindungshause nur einmal bei am Trismus gestorbenen Kindern eine Entzündung der Nabelvenen, nicht aber der Arterien gefunden habe und eine Arteritis umbilicalis daher nicht für die Ursache des Trismus halten könne. Herr Berg bemerkt, dass er im allgemeinen Kinderhause bei hunderten von Kindern Eiteransammlungen von grösserer oder geringerer Ausbreitung in den Nabelarterien und nicht selten eine Phlebitis umbilicalis angetroffen habe, und dass er dennoch unter mehreren tausenden von Kindern nicht mehr als einen Fall von Trismus neonatorum in Zeit von 10 Jahren beobachtet habe. Er gibt zu, dass dieses wohl mit darauf beruhet haben möge, dass die meisten der aufgenommenen Kinder das für diese Krankheit gewöhnliche Lebensalter bereits überschritten hatten. — Nachdem die Jahresberichte vom allgemeinen Entbindungshause einige Zeit unterbrochen waren, sind sie von dem jetzigen Direktor Prof. M. Retzius wieder begonnen worden, und sind in denselben die Rubriken über Kinderkrankheiten mehr auf die in neuerer Zeit gemachten pathologisch-anatomischen Beobachtungen gegründet. Unter den neuen Rubriken nimmt die Atelectasis pulmonum eine Stelle ein und wird dadurch die in den älteren Listen vorkommende Debilitas erklärlich. Diese neuen Berichte zeichnen sich von den älteren auch noch dadurch aus, dass sie beweisen, dass die Blutkrankheit, welche bei den Wöchnerinnen allerlei exsudative Prozesse hervorbringt, auch bei den einzelnen Kindern vorkömmt und sich bei diesen auf eine solche analoge Weise äussert, dass man wohl berechtigt ist, die Mittheilung von der Mutter auf das Kind

annunehmen. — Coderschjild hat in seinem Handbuche für Hebammen in einem eigenen Kapitel verschiedene Krankheiten der jungen Kinder abgehandelt und hat er diese noch ausführlicher in seinem 1839 erschienenen Lehrbuche über Geburtshülfe besprochen. Der Verf. theilt hieraus Einiges mit und wollen wir davon nur Folgendes kurz erwähnen. Den Trismus neonatorum sah C. niemals allein als Trismus, sondern immer abwechselnd in Verbindung mit Ekklampsie und Tetanus. Da er aber keine pathologisch-anatomische Veränderungen über diese Krankheiten angegeben hat, so meint der Verf., dass dieselben auf in neueren Zeiten gebildete Krankheitsbegriffe, die sich unter Anderem durch Symptome von Reizung und Torpor in grösserem oder geringerem Umfange des Nervensystemes charakterisiren, hingeführt werden könnten, wie z. B. auf Spasmus glottidis, Asthma thymicum, Haemorrhagia encephalorhachitica et meningum, Meningitis und die von Dissolutio sanguinis herrührenden Affektionen des Nervensystemes. Für seine Meinung, dass Trismus unheilbar sei, Ekklampsie aber Hoffnung zur Heilung darbiete, hat C. keine Gründe angegeben. Wie der Verf. ferner nachweist, hat C. unter Hydrocephalus die Hirnreizung und den Hirntorpor gebracht, welche bei Kindern so häufig während eines Gastricismus febrilis zu entstehen pflegen. Was C. über die Krankheiten der Respirationsorgane sagt, beschränkt sich blos auf den Keuchhusten und Katarrh. Gegen die methodisch wiederholten Brechmittel warnt er, und setzt sein Vertrauen auf Volksmittel, Knoblauchsmilch mit Robbenspeck. Bei Gelegenheit der Durchfälle bemerkt C., dass dadurch Intussusception und in Folge dieser Brand entstehen könne. Der Verf. bemerkt hiezu, dass er sehr häufig nach und ohne Diarrhoë bei jungen Kindern Intussusceptionen des Dünndarmes gefunden, aber niemals eine Spur von Entzündung und noch weniger von Brand bemerkt habe. Er warnt gegen den vom C. empfohlenen Gebrauch der Belladonnaklystiere in solchen Fällen, welche jedenfalls für Kinder ein Remedium anceps sein dürften. Ebenso hält er es für unrichtig, dass C. bestimmt, Verstopfung sei als Krankheit alsdann vorhanden, wenn das Kind nur einmal am Tage Oeffnung habe, indem der Erfahrung nach Säuglinge sehr gesund sein und gut gedeihen können, wenn sie einen um den anderen oder jeden dritten Tag oder noch seltener Oeffnung haben. Vielleicht mag nach dem Verf. hier die Verstopfung Folge einer energischen Digestionskraft sein, dass die Nahrung (die Mutter- oder Ammenmilch) in dem Grade extrahirt

wird, dass sich aus solcher wenige Exkremente bilden, und dürfte unter solchen Umständen Arzneigebrauch zur Beförderung der Oeffnung nicht zu rechtfertigen sein. — Die Benennung Wurmsucht anstatt Helminthiasis, welche C. gebraucht, ist nach dem Verf. ein Gewinn für die Nomenklatur. — C. pflegte seit 23 Jahren das Kephalaematom mit der Lancette zu öffnen, fand sich aber, da er in einem Falle eine Verblutung darnach entstehen sah, veranlasst, diese Operation länger zu verschieben. Auch des Verf. Erfahrung stimmt damit überein; denn er hat gefunden, dass recht grosse Kephalaematome ohne alle Arzneianwendung in einigen Wochen resorbirt wurden, wobei er mitunter die charakteristische Knochenlamellenbildung, welche an der unteren Fläche der durch das Blut aufgehobenen Knochenhaut vor sich geht, beobachten konnte. Indem der Verf. auf das aufmerksam macht, was C. über Cyphosis gesagt hat, bemerkt er, dass seiner Erfahrung nach ein bogenförmiges Hervordrängen der Lenden und unteren Rückenwirbel nach hinten zu bei schwachen Kindern mit dickem Bauche, die spät zu gehen anfangen, nicht selten für eine beginnende Cyphosis gehalten wird, obgleich dieselbe zunächst nur auf Ausdehnung der Därme von Luft und langem Sitzen beruhet. Das Erysipelas neonatorum soll nach C. in den ersten 8 Lebenstagen auf einer Entzündung oder Kongestion der Leber beruhen, meistentheils an den Geschlechtstheilen zuerst auftreten, sich von hier aus mit Röthe, Geschwulst und Verhärtung des unter der Haut belegenen Schleimgewebes schnell ausbreiten und durch Brand bald tödtlich werden, und soll dabei meistentheils Auftreibung und Empfindlichkeit der Leber sich zeigen. Nach des Verf. Erfahrung wird dieses Verhältniss im Säuglingsalter aber dahin modifizirt, dass die Geschlechtstheile nicht mehr der Locus praedilectionis sind, dass der Uebergang in Brand nicht sehr gewöhnlich ist, dass keine andere Verhärtung des Bindegewebes stattfindet als die, welche die Folge des Oedems nach dem Erysipelas ist, dass die Krankheit von irgend einer Veränderung der Blutcrasis begleitet zu sein scheint, deren Einfluss auf die Leber allerdings manchmal durch Veränderung des Volumens oder noch öfter der Farbe derselben wahrgenommen werden kann, sich aber gewöhnlich durch endliche Exsudatbildung von einem oder mehreren der serösen Säcke kundgibt. — Was die Krätze anbelangt, so gibt C. als hauptsächlichstes Kennzeichen derselben das Entstehen des Ausschlages zwischen den Fingern an, welches Criterium jedoch nach des Verf. Erfahrung im Säuglings-

alter durchaus keine Giltigkeit hat, indem man in diesem die vom Acarus entstandene Krätze selten zuerst zwischen den Fingern findet. Dieselbe fängt vielmehr oft im Nacken oder am oberen Theile des Rückens mit einigen rothen, tuberkulösen Papeln an, in welche das Thier seine Gänge gegraben zu haben scheint und werden diese bald von einem sekundären Eczema begleitet. Bei der Behandlung der Ophthalmia neonatorum warnt C. gegen jedes manuelle Verfahren, durch welches Umstülpung der Augenlider veranlasst werden könne. Der Verf. bemerkt, dass eine fertige Hand dieselben ohne Gefahr umstülpen könne. Nach des Verf. Erfahrung wird die Krankheit durchaus nicht durch das Tageslicht, welches C. abzuhalten anräth, verlängert, indem sich das kranke und gereizte Auge bei demselben schliesst. Warme Kopfbedeckung, Blutegel, Blasenpflaster und innere Mittel (Kalomel und Kermes) die C. empfahl, leisteten ihm nichts. Die Milch, welche C. anrieth, auf die Augenlider anzubringen, ist nach dem Verf. indifferent, und wenn sie mit der Conjunctiva in Berührung kommen sollte, so kann sie wenigstens nicht zu den Mitteln gezählt werden, welche der exzessiven Bildung von Gefässschlingen auf der Fläche der adnata und der exzessiven Bildung und Abstossung von Epithelialzellen Einhalt thun, welches nur die Adstringentia und besonders einige Kupfer- und Sibersalze zu thun vermögen. Die örtliche Behandlung z. B. mit Arg. nitr. ist in den meisten Fällen allein erforderlich, und da das Mittel auf der kranken Fläche gehörig applizirt werden muss, so hält der Verf. es für Pflicht, mit den Augenlidern so zu verfahren, dass das Mittel auf deren Innenseite wirken kann. Er glaubt auch, dass es grossen Nutzen haben dürfte, wenn die Hebammen die örtliche Behandlung des Uebels genau erlernten. — Am Schlusse der Beurtheilung der Schrift von C. sagt der Verf., dass, so ausgezeichnet derselbe in mancher Hinsicht und besonders im eigentlichen Gebiete der Entbindungskunst auch gewesen sei, er doch keine grosse Kenntniss von der pathol. Anatomie des Kindes gehabt habe, so dass er der Pädiatrik keinen sonderlichen Gewinn bringen konnte. Dagegen hat er sich durch eine kleine 1832 herausgegebene Schrift: „ein Wink über die Pflege der Kinder, besonders für den gemeinen Mann“ unstreitig ein grosses Verdienst erworben. — Vom allgemeinen Kinderhause lieferte Dr. Nyblaeus in den Abhandlungen der Gesellschaft schwedischer Aerzte von 1812—32 und von 1837—42 Berichte, die indessen, da sie blos summarisch

sind, höchstens nur in Hinsicht der absoluten und relativen Krankheitsfrequenz von Werth sind. Ausser diesen Berichten lieferte N. auch noch einzelne Beobachtungen aus dem Kinderhause, wie über Anwendung der Diätkur, die keinen wissenschaftlichen Werth hat. Eine andere Abhandlung desselben ist die über den im Februar 1816 und November 1817 geherrschten Typhus nervosus unter den jungen Kindern, besonders den Säuglingen. Der Verf. bemerkt, dass diese Krankheit der Beschreibung nach die Cholera infantum gewesen sein dürfte, dass die Benennung daher unrichtig sei. Wichtig ist dieselbe indessen in Bezug auf die von N. angegebene Ursache, nämlich ein Contagium, welches theils durch ein vom Entbindungshause, woselbst das Puerperalfieber heftig herrschte, aufgenommenes junges Kind eingeführt wurde, theils aber von einer typhuskranken Amme herrührte. Diese von N. gemachte Erfahrung hat die spätere Zeit bestätigt, indem beobachtet wurde, dass Puerperalfieber-Epidemieen bei jungen Kindern eine krankhafte Blutkrasis erzeugen, welche, wenn sie sich noch nicht primär mit einem gewissen Fiebertypus zu erkennen gibt, sich doch durch verschiedene Symptome auszeichnet, die auf dieselbe Quelle, (akute Blutdyskrasie), welche im Typhusfieber wirksam ist, hindeuten. Ausserdem theilte N. in den genannten Abhandlungen noch einen Fall von Tabes mesenterica mit Hydrops acutus cerebri, einen Fall von Hydroceph. internus und 6 Fälle von Myelitis und Hydrorrhachis bei Kindern mit. In Bezug auf diese letzte Mittheilung bemerkt der Verfasser, dass die von N. angegebenen Resultate der Leichenöffnungen schon mancherlei Bedenken gegen die Annahme des Vorhandengewesenseins der angegebenen Rückenmarkskrankheit erregen, die keineswegs durch die allgemeine Krankheitsbeschreibung gehoben würden. Vom Jahre 1809 an bildeten die von der Gesellschaft schwedischer Aerzte herausgegebenen Schriften das hauptsächlichste Repertorium für die Beobachtungen über Kinderkrankheiten. Der Verfasser gibt nun an, was in den letzten 4 Dezennien über Kinderkrankheiten in den Abhandlungen der Akademie der Wissenschaften, den Jahresberichten und Abhandlungen der Gesellschaft schwedischer Aerzte, in den Verhandlungen derselben, in der Zeitschrift für Aerzte und Pharmazeuten und endlich in der Hygiea veröffentlicht worden ist. Es würde uns zu weit führen, wenn wir den Verfasser hier ins Detail folgen wollten und beschränken wir uns daher, nur Einiges zu bemerken. Ueber die

Krankheiten des Cerebro-Spinalsystemes bei Kindern ist die schwedische Literatur nicht besonders reich. Ausser einzelnen Beobachtungen von Gistren, Trafvenfelt und Andern verdient besonders eine Abhandlung des Prof. Hwasser über exsudative Entzündung des Gehirnes bei Kindern, welche sich in dessen akademischen Abhandlungen von 1846 und 1847 findet, leider aber nicht vollendet ist, hervorgehoben zu werden. Derselbe bekämpft die Benennung Hydrops ventric. cerebri für eine Krankheit, die seiner Ansicht nach eine Hirnentzündung ist und als solche ohne alle seröse Ausschwitzung verlaufen, oder durch Pseudokrisis ein seröses Exsudat in den Hirnhöhlen erregen, oder auch andere plastische Exsudate hervorbringen, ja die degenerative Tuberkelbildung einleiten kann. Die grösste Disposition für dieselbe ist von der zweiten Hälfte des ersten Jahres bis etwa zum achten Jahre vorhanden und als prädisponirende Ursache wird das durch die progressive Entwickelung des Gehirnes hervorgerufene Missverhältniss zwischen der Thätigkeit des arteriellen Systemes und der organischen Individualität des Gehirnes angegeben. In Folge davon kann Alles, was die Thätigkeit des arteriellen Systemes im Allgemeinen steigert, oder nach dem Kopfe hin richtet, Ursache der Krankheit werden. Auch noch auf andere Erscheinungen, die bei den Leichenöffnungen vorgefunden werden, macht er besonders aufmerksam, nämlich auf Eruptionen von exanthematischem Aussehen, besonders in der Arachnoidea, Erweichung in gewissen Hirntheilen oder im Magen und Darmkanale, Intussusceptionen und grosse allgemeine Abmagerung. Er nimmt mit Golis 4 Stadien der Krankheit an, die, wie er bemerkt, jedoch dadurch, ob die Krankheit auch gesunde oder schwächliche Kinder befällt, ob sie sich langsam ausbildet oder tumultuarisch auftritt, sehr modifizirt werden können. Im ersten Stadium soll man zur Feststellung der Diagnose besonders auf die Ursachen achten, welche die Kongestion zum Kopfe bedingen, auf die Abnahme der Se- und Exkretionen der Haut, auf die traurige Gemüthsstimmung, Schwindel, ziehende Schmerzen in den Muskeln, besonders des Nackens u. s. w.; im zweiten Stadium sind die bekannten Zeichen die Hirnkongestion und Reizung, Verstopfung mit eingezogenem Leibe, veränderter Habitus u. s. w. zu beachten. Obschon er daran erinnert, dass die Entzündung im Gehirne bei Kindern in der Form von Arachnitis vorkommen könne, so scheint es doch, als wenn er seinem nosographischen Begriffe Encephalitis exsudatoria, weder die Arachnitis, welche in jeder Hinsicht einen

rascheren und heftigeren Verlauf haben soll, noch die Tuberculosis im Gehirne unterordnen will. Diese erregt in ihrem letzten Stadium freilich Entzündung, unterscheidet sich aber als eine spezifische degenerative Komplikation davon und kann man zur Entdeckung dieser Komplikation dadurch gebracht werden, wenn man auf die erbliche Anlage, länger bestandene Kränklichkeit, die mehr schleichenden entzündlichen Symptome u. s. w. achtet. Die Hauptsache bei Gölis Wasserschlag spielt nach Hw. die Entzündung während der eigentliche Krampfschlag und der venöse Blutschlag, (nach Krakenberg und Hachmann), so wie Krampf im Gehirne oder Eklampsie und das Hydrocephaloid nichts mit der exsudativen Entzündung gemein haben und davon unterschieden werden müssen. Ein besonderes Interesse hat ein 1847 gelieferter und nicht gedruckter Bericht des Herrn Coderschjöld zu Nora über eine eigene Hirn- und Rückenmarksentzündung, die unter Kindern von allen Altern epidemisch herrschte. Am bedeutendsten zeigte sich die Epidemie im ersten Vierteljahre von 1847 und äusserte sich die Krankheit gewöhnlich durch einen heftigen Fieberanfall, verbunden mit Erbrechen und Zucken des Körpers, aber ohne Verstopfung; selten waren Zeichen von Gastricismus oder merkbare Kongestion zum Kopfe; bald entstanden Krämpfe in einem Theile nach dem anderen, selbst die Respirationsorgane nicht ausgenommen, und endlich stellte sich Icterus mit tödtlichem Ausgange oft nicht eher als in der 6. bis 12. Woche ein. Nur in einem Falle, dem eines halbjährigen Kindes, wurde die Sektion gestattet und fand man ein plastisches Exsudat an der Basis cerebri, die Substanz des Gehirnes war locker, die Pons Varoli und Med. oblongata völlig erweicht, gelblich, die Med. spinalis aber fest und normal. — In den diesen Fällen beigefügten Betrachtungen bemerkt der Verfasser unter Anderem, dass die von ihm erwähnten schwedischen Originalabhandlungen ergaben, dass die allgemein verbreitete Ansicht über Wasser im Kopfe als wesentliche und häufige Krankheit der Kinder keineswegs durch die bekannt gemachten Beobachtungen motivirt worden sei. Man kann dieselben vielmehr als übereinstimmend mit der Erfahrung der Neuzeit betrachten, dass Symptome von Hirnreizung und Hirntorpor bei Kindern auftreten können, wo sich keine anatomische Veränderungen in den Nervencentris entdecken lassen und wo wir, um unsere Unwissenheit zu bemänteln, bis auf Weiteres nur centrische oder peripherische Irritation angeben können, oder auch,

dass dieselben in Folge von allerlei Arten von qualitativen und quantitativen Veränderungen in den festen und flüssigen Theilen und deren gegenseitigen Wechselwirkung entstehen können. Der Versuch, alle diese Veränderungen unter gewisse, umfassende nosographische Begriffe, es sei nun von Hydrocephalus infantum, Encephalitis exsudatoria infant., Feb. hydroceph. infant. u. s. w. zu bringen, wird nach dem Verfasser nicht gelingen können, weil weder im Symptomenbilde noch in den Ergebnissen der Sektionen Gleichförmigkeit statt haben kann. Sicherer, glaubt er, würde das Wissen gefördert werden, wenn man ohne Einseitigkeit jede besondere anatomische Veränderung für das, was sie als Ursache oder als Folge der Krankheit gelten kann, gelten lässt und dabei eingedenk ist, dass in manchen Fällen unsere Organe eines spezifischen symptomatischen Ausdruckes für spezifisch verschiedene Krankheiten entbehren. Er bemerkt ferner, dass man allerdings klares Serum, unvermischt mit Entzündungsprodukten, oft in solchen Quantitäten in den Hirnhöhlen vorfinde, dass dadurch der Begriff Hydrops ventriculorum völlig entsprochen würde. Seltener kommt eine Ansammlung im Arachnoidealsacke als Hyd. arachnoideae vor, häufiger findet sich dieselbe in der Pia mater unter dem Visceralblatte der Arachnoide a, wodurch eine der Anasarca analoge Krankheit, Oedema meningum erzeugt wird. Ein bedeutender Hydrops arachnoideae ist sehr selten, so dass der Verf. ihn unter 2000 Leichenöffnungen nur einmal gefunden hat. Ein nach der Geburt sich sehr rasch ausgebildeter primärer Hydrops ventric. kommt bei Kindern nicht häufiger als bei Erwachsenen vor. Wenn man aber für den krankhaft gemehrten Inhalt der Hirnhöhlen, der theils die physikalischen Charaktere der Wassersucht zeigt, theils sich davon auf mancherlei Weise unterscheidet und sekundär nach anderen vorausgegangenen pathischen Prozessen, von welchen die gewöhnlichste die Meningitis granulosa ist, den Krankheitsbegriff Hydrops festhalten will, so ist dieses nach dem Verf. irrig, wenn nicht etwa manchmal der Inhalt in den vergrösserten Ventrikeln so klar wie Wasser ist, zumal da die Krankheit nicht in einem bestimmt direkten Verhältnisse zum Wasser steht, welches sogar mitunter fehlen kann, während das ganze Verhalten der Krankheit auf vorhandene Heteroplasmen und Reizung von denselben hindeutet. Der Verf. nimmt nicht mit französischen Schriftstellern an, dass eine rasch entstehende Ansammlung von Flüssigkeit in den Hirnhöhlen bei Kindern allein auf Meningitis granulosa be-

ruhet, glaubt aber, dass die Häufigkeit dieses degenerativen Prozesses hinreichend dargethan ist, so dass derselbe nicht mehr für eine zufällige Komplikation angesehen werden kann, und desshalb mag er auch nicht mit Hwasser und Anderen den in Rede stehenden sekundären Hydrops mit Granulationen in der Pia mater unter den einfachen Begriff Entzündung bringen und der Encephalitis exsudatoria beizählen. Am besten ist es für die Wissenschaft und Praxis, wenn beide Zustände verschiedene Namen erhalten, denn die Erfahrung hat gezeigt, dass weder Antihydropica noch Antiphlogistica irgend etwas gegen diese häufig vorkommende spezifische Degeneration ausrichten können. — Die Meningitis simplex ist nach dem Verf. aber eine von Granulation und Tuberkeldyskrasie völlig unabhängige Krankheit, kann aber möglicherweise ihre spezifische Ursache in Blutkrankheit haben. Sie scheint in mancher Hinsicht im Gegensatze zur M. granulosa zu stehen. So hat sie nicht vorzugsweise ihren Sitz in der Basis cerebri, scheint in Schweden wenigstens vorzüglich das früheste Kindesalter heimzusuchen und kann einen rein epidemischen Charakter annehmen; sie lässt die Hirnhöhlen oft ganz unberührt, kann sich jedoch mit Bildung von deutlichen Entzündungsprodukten auf diese ausbreiten, deren Quantität aber selten so bedeutend wird, dass sie Ausdehnung der Ventrikeln verursacht und deren Qualität fast ohne alle Ausnahme den Begriff Hydrops ausschliesst. Die Vorstellung, dass die Disposition zu Wasser im Kopfe während der ersten Dentition besonders gross sei und diese Periode so gefährlich mache, beruhet nach dem Verf. grösstentheils auf einer Verwechselung pathologischer Begriffe. Mit dem Zahnen fällt gewöhnlich das Entwöhnen und damit mancherlei Veranlassung zum Gastricismus, zu Diarrhoe und Cholerine zusammen. Je heftiger die letzten Krankheiten auftreten, desto wahrscheinlicher werden sie von einem Typhoidzustande begleitet, welcher ein idiopathisches Hirnleiden simulirt und beim tödtlichen Ausgange kann sich entweder ein hoher Grad von Kongestivzustand im Gehirne oder auch wohl mitunter ein geringes gelatinöses Exsudat zeigen. Auf dieser Reihe von krankhaften, in dem pathischen Prozesse selbst begründeter Erscheinungen, welche, ehe man noch reichliche Gelegenheit hatte, die Pathologie der Cholera zu studiren, Kraukenberg und Hachmann Anlass gaben, eine eigene Kinderkrankheit unter dem Namen Apoplexia venosa zu beschreiben, die aber nichts weiter als ein Choleratypheid ist, beruht nun zum Theile die Ver-

stellung, dass Wasser im Kopfe entstehen könne, wenn man die sogenannte Dentitionsdiarrhöe hemmt. In der Meinung, dass diese Diarrhoe nicht gehemmt werden dürfe, lässt man sie ungehindert fortdauern und kann sie dann nicht allein Blutverdickung und die eben erwähnten Folgen für das Gehirn, sondern auch eine entgegengesetzte Blutbeschaffenheit, nämlich Hydrämie, erregen, welche eine Symptomengruppe veranlasst, die man so lange für Wasser im Kopfe hielt, bis M. Hall die wahre Natur derselben dargethan und als Hydrocephaloid bezeichnet hat. — Fieber erregen bei Kindern oft Hirnreizung oder Hirntorpor und hat man diese oftmals für Zeichen eines drohenden Hydrocephalus gehalten; indessen lehrt die ruhige Beobachtung, dass der im Fieber vorhandene stärkere Blutandrang zum Gehirne und der gemehrte Druck des Blutes u. s. w. bei Kindern oft spasmodisches Zucken, grosse heftige Konvulsionen, ein Delirium musculare, welches bei jungen Kindern in Folge der relativ grösseren Ausbildung und der grösseren Energie der reflektomotorischen Nerventhätigkeit des Rückenmarkes an die Stelle des Delirium mentale Erwachsener tritt, erregen kann, bald kann dadurch aber ein hoher, bis zum tiefsten Coma reichender Grad von Torpor hervorgebracht werden, allein diese Symptome kommen und vergehen mit dem Fieber, wie z. B. im Wechselfieber.

Die Krankheit, welche streng dem Begriffe „akute Wassersucht der Hirnhöhlen" entspricht, ist bei Kindern selten; die vom 2. Jahre an gewöhnlich vorkommende Meningitis granulosa mit ihrer secundären Wirkung, die Mehrung des Inhalts der Hirnhöhlen nämlich, ist ihrem Wesen nach weder ein Hydrops noch eine reine Entzündung, selten verursacht sie eine Vergrösserung des Kopfes, wenn sie auch die Höhlen bedeutend ausdehnt und als ursprünglich konstitutionelle Krankheit kann sie nur in geringem Maasse auf örtlich wirkenden Ursachen beruhen. Was die wichtige Frage über den Einfluss des Zahnens auf Hirnleiden anbelangt, so lehrt die Erfahrung, dass die angeborene chronische Hirnwassersucht sich unabhängig von der Dentition entwickelt, dass die übrigens nicht zahlreichen Hämorrhagieen nicht während derselben sich steigern, dass die einfachen Entzündungen der Meningen, welche öfters epidemisch auftreten dürften, ihre grösste Frequenz im Kindesalter lange vor dem Beginne der Dentition haben und dass dieselben, wenn sie nach derselben vorkommen, sich nicht auf ein gewisses Alter beschränken, dass die Meningitis granulosa am häufigsten

nach dem Alter vorkommt, welches man gewöhnlich für am gefährlichsten bei der Dentition hält, (Ausbruch der Hundszähne) und dass die übrigen mit deutlicher Strukturveränderung auftretenden oder idiopathischen Hirnaffektionen so selten sind, dass von ihnen in dieser Hinsicht nicht die Rede sein kann. Die Symptome von Hirnreizung und Hirntorpor, die während der Dentition so oft vorkommen, finden nach dem Verf. weit öfter als solches geschieht, ihren Erklärungsgrund theils in der unbekannten Quelle, welche man Innervationsanomalie nennen kann, theils im Choleratyphoid oder Hydrocepholoid, theils in allgemeiner Reizung des Gehirnes bei fieberhafter Circulation und nicht so sehr in Kopfwassersucht oder grosser Disposition für dieselbe. Die Vorstellung, dass Kopfwassersucht eine der häufigsten Kinderkrankheiten sei, dass sie durch die Dentition hervorgebracht werde, dass sie eine zeitige strenge Antiphlogose erfordere, dass der Durchfall während der Dentition wohlthätig sei und oft nicht gehoben werden dürfe, kann, wie der Verf. zeigt, manchen Nachtheil bringen und wird dieser falsche Glaube durch den Schein eines Hirnleidens, welcher oft gerade durch ihn geschaffen wird, bestärkt werden. — Nach diesen Betrachtungen führt der Verf. Das an, was in der schwedischen Literatur über die Krankheiten der Respirationsorgane bei Kindern erschienen ist. Verschiedene Aerzte, wie Gistren, Trafvenfelt und Andere, theilten Beobachtungen über den Croup mit; eine ausgezeichnete Monographie über denselben lieferte Hwasser im 1. Theile seiner kleinen medizinischen Schriften, in welcher unter Anderem bemerkt wird, dass die Annahme der Kontagiosität desselben auf einer Verwechselung mit Diphtheritis beruhe, und dass der Laryngismus stridulus eine spasmodische oder venöse Abart der Laryngotracheitis infantum sei. Hanbury Smith, der früher in Stockholm praktizirte, theilte in der Hygiea von 1842 mit, dass er bei Kindern von 4 Monaten bis zu 4 Jahren den Laryngismus stridulus beobachtet habe und besonders bei solchen jungen Kindern, die mit schlecht bereitetem, oft ganz saurem Brei gefüttert wurden oder an Skropheln litten, und bemerkte er nur einmal das eigene Hervorstecken der Zunge. Zum Beweise des Einflusses des Druckes der Drüsen auf die Nerv. laryngis führte er an, dass er bei einem Kinde, dessen Drüsen von der Grösse kleiner Nüsse wie eine Perlenschnur um den Hals herum lagen, durch einige Manipulationen einen gefährlichen Anfall von Laryngismus erregen konnte. In einer Familie,

in welcher er ein Kind am Laryngismus behandelte, waren 5 Kinder früher an demselben gestorben, die Krankheit aber für Apoplexie gehalten worden. Ueber den Keuchhusten lieferte Prof. Hwasser eine schätzbare Monographie. Er hält denselben für rein nervöser oder spasmodischer Natur und nimmt an, dass er eine degenerative Krankheit in der Schleimhaut der Bronchien sei, die, von einem sympathischen Krampfe und konvulsivischer Reaktion begleitet, auch kontagiös sei. — So wie der Verf. in seinen Betrachtungen über die schwedische Literatur über die Krankheiten des Cerebro-spinalsystemes den allzu starken Glauben an den rein entzündlichen Ursprung des Hydrops acutus cerebri und die strenge Antiphlogose in dieser Krankheit missbilligte, missbilligt er nun auch die von schwedischen Aerzten empfohlene streng antiphlogistische Behandlungsweise des Croups, so wie auch, dass sie ihn als eine Art Typus der reinen Entzündung und von Diphtheritis wesentlich verschieden auffassten. Er glaubt, dass die Behauptung wohl nicht unbegründet sein dürfte, dass viele glückliche Croupheilungen durch sofortige Anwendung von Blutigeln, Brechmitteln und Kalomel bei verhandenem Crouptone des Hustens in der That auf Verwechselung zwischen Croup und einfachem Katarrh oder Krampfe im Larynx beruht haben und dass eine solche Behandlung mehr schadete als nützte. Fälle von einfachem Katarrhe des Larynx und Krampfe der Glottis sind in Stockholm nicht selten. Auffallend ist es, dass in der schwedischen Literatur ein Mangel an Mittheilungen über Lungenaffektionen im Kindesalter herrscht, obgleich sowohl Pleuritis, Pneumonie und Tuberculosis, besonders aber Bronchitis und deren Folgekrankheiten häufig vorkommen und glaubt der Verf., dass das Schweigen über diese Krankheiten und ihre Folgen darauf beruhet haben möge, dass man dieselben nur zu oft auf einen unrechten Ausgangspunkt hin brachte. Der Verf. führt dann Das an, was die schwedische Literatur über die Krankheiten der Digestionsorgane geliefert hat. Nachdem er einige einzelne Beobachtungen von Trafvenfelt, M. Retsius, Westman u. s. w. angeführt hat, theilt er Das sehr ausführlich mit, was Gistren über das Aelta, eine Krankheit, die in Schweden sehr häufig zu sein scheint und über die verschiedene Ansichten herrschen, gelehrt hat, und bemerkt er, dass Gistren das Aelta mit vielen anderen Aerzten für ein unregelmässiges Wechselfieber gehalten und davon die mannigfaltigen Erscheinungen desselben abge-

leitet habe. Das Unbestimmte über den Namen Aelta veranlasste vor einigen Jahren den Prof. Collin in der Hygiea die verschiedenen Ansichten über dasselbe in chronologischer Ordnung darzustellen und seinen Untersuchungen zu Folge ist der Name Aelta auf zwei verschiedene Krankheiten, das Feb. remittens infantum und das wirkliche Wechselfieber, anzuwenden. — In seinen Betrachtungen über die in der schwedischen Literatur vorkommenden Abhandlungen über die Krankheiten der Verdauungsorgane bei Kindern bemerkt der Verf. zuerst, dass es zu bedauern sei, dass sich in der Streitfrage über die pathologische Bedeutung des Zahnens nur eine Ansicht geltend gemacht habe, nämlich die, welche darin eine fast ununterbrochene Krankheit sieht und die dabei vorkommende Diarrhoe als ein Noli tangere betrachtet. An einem öffentlichen Vertheidiger der entgegengesetzten, auf vorurtheilsfreien Beobachtungen beruhenden Ansicht, dass das Zahnen in der Regel als physiologischer Prozess, ohne Krankheit zu verursachen, verlaufe u. s. w., hat es dagegen bis jetzt gefehlt. Der Verf. will, dass man den Durchfall beim Zahnen nicht vernachlässigen und unter allen Umständen nach seiner Beschaffenheit eben so wie den Durchfall Erwachsener behandeln soll und glaubt er, dass die unterlassene oder übertriebene therapeutische Behandlung, welche eine Folge der in Rede stehenden Ansichten über die Dentition war, weit mehr Kinder um ihre Gesundheit und ihr Leben brachte, als alle wirklichen Zahnbeschwerden zusammen genommen. Da die herrschende Vorstellungsweise über das sogenannte Aelta, Skärfva und Riset auf die Behandlung kranker Kinder noch immer einen grossen Einfluss in Schweden ausübt, so ist es höchst wichtig, die Frage befriedigend zu beantworten: „welcher Krankheitsbegriff kann und muss mit den obigen Benennungen verknüpft werden?" Der Krankheitsbegriff ist, wie der Verf. zeigt, für diese Namen sehr dehnbar; dieselben sind wahrscheinlich viel älter als die wissenschaftliche Medizin in Schweden und muss man daher Aufklärung im Volksglauben und in der Volkspraxis suchen, welche sich so gern allein die Behandlung dieser Krankheiten aneignet. Man stösst dabei aber auf die Schwierigkeit, das Ursprüngliche, vielleicht noch aus der Heidenzeit Abstammende, von Dem zu scheiden, was Aerzte und kluge Frauen beigefügt haben. Betrachtet man die Volkspraxis und frägt sich, ob die Symptomengruppe, welche als Aelta, Riset und Skärfva rubrizirt und behandelt wird, dem wissenschaftlichen

Krankheitsbegriffe Wechselfieber entspricht, so muss diese Frage verneint werden und eben so muss man die Frage verneinen, ob diese Namen als Synonyme betrachtet oder ein jeder für sich eine eigene Krankheitsform, die irgend einem wissenschaftlichen Krankheitsbegriffe entspricht, z. B. Fieber, Rhachitis, Skrophulosis u. s. w. bezeichnet. Nach des Verf. Erfahrung werden unter den genannten Benennungen die verschiedenartigsten Krankheitszustände zusammengebracht und behandelt, wie Wechselfieber und ihre Folgekrankheiten, remittirende, gastrisch-nervöse Fieber und zahlreiche andere akute und chronische Kinderkrankheiten, welche ohne ein deutliches örtliches Leiden von irgend einer bekannten Art, Oligämie oder Hydrämie und deren Einwirkung auf das Allgemeinbefinden zur Folge haben, z. B. akute und chronische Bronchitis mit der in Folge davon entstandenen Eiterinfiltration in die Bronchialröhren, Collapsus von Lungentheilen und Emphysem u. s. w., akute und chronische Gastroenterocolitis und andere Leiden der Darmschleimhaut, so wie Adenitis meseraica mit den Folgen derselben für die Nutrition u. s. w., die Folgen des unpassenden Entwöhnens und undienlicher Nahrung, Tuberculosis und Skrophulosis, oft auch Meningitis granulosa, Rhachitis, Syphilis u. s. w. Das gegen Melta hauptsächlich gebräuchliche Heilverfahren, die Einreibungen von reizenden und balsamischen Substanzen auf den Unterleib, können freilich manchmal direkt oder indirekt nachtheilig wirken, sind aber in mancher Hinsicht wohlthätig. —

Nach Diesem führt der Verf. kurz Das an, was sich in der periodischen Literatur Schwedens über Hautkrankheiten, Syphilis und Skropheln bei Kindern findet. Einige Beobachtungen sind über die Verbreitung der Syphilis durch die Vaccination erzählt worden, indessen stehen diese so vereinzelt da, dass, wie der Verf. glaubt, hier wohl ein Irrthum stattgefunden haben könne, will aber, dass alle dergleichen Fälle, die hin und wieder noch zur Sprache kommen, genau untersucht werden mögen. Ueber Skropheln gab Prof. Rabben in Lund 1817 eine Schrift heraus und bezeichnete er dieselben als eine Kachexie, die in Schwäche der lymphatischen Gefässe und Drüsen und in gesteigerter krankhafter Reizbarkeit derselben bestehe. Der Verf. erwähnt dann der kürzlich erschienenen Abhandlung von v. Willebrand über die Bedeutung des Milchschorfes und bemerkt, dass der Ref. dieser Abhandlung in der Hygiea, Herr Malmsten, ganz mit den An-

sichten v. W. übereinkomme. Bei den älteren schwedischen Aerzten bis zur letzten Hälfte von 1700 herrschte die Ansicht, dass die Krätze durch Insekten (Acaris) erregt würde, vor, und schrieben sie daher besonders eine örtliche Behandlung derselben vor. Rosenstein antwortete einst auf die Frage: „wesshalb alte Weiber die Krätze besser zu heilen verstünden als die Aerzte?“ ironisch: „weil diese zu viel erfahren und gelesen haben.“ Jene wendeten sofort Einschmierungen an und wussten nichts vom Einschlagen der Krätze. Der Verf. gedenkt dann mit vielem Lobe der von Prof. J. G. Collin herausgegebenen „Afhandling om barns sjukdomar“ (4 Theile, Norrköping 1841—51), in welcher Schrift einzelne, in der Hygiea von C. bekannt gemachten Abhandlungen aufgenommen worden sind. An Ausführlichkeit, Umfang und Literaturkenntniss steht dieses Werk vor allen schwedischen Schriften der Art oben an und verdient den besten des Auslandes zur Seite gestellt zu werden. — Nachdem der Verf. noch die Titel verschiedener von Schweden verfassten Schriften, die sich auf Kinderkrankheiten beziehen und die er zum Theil nicht Gelegenheit hatte, kennen zu lernen, namhaft gemacht hat, wendet er sich zur Angabe Dessen, was in neuerer Zeit in Schweden zur Verbesserung der Gesundheits- und Krankenpflege der Kinder in Vorschlag oder Ausführung kam. Seit undenklichen Zeiten herrscht am nördlichen Ende des Bottnischen Meerbusens sowohl auf der schwedischen als besonders der finnischen Seite die Sitte, die Kinder aus Hörnern, die mit saurer Milch gefüllt sind, aufzufüttern, und da dadurch eine grosse Mortalität unter den Kindern veranlasst wurde, so ward dieses Auffüttern von Seiten der Regierung verboten, jedoch scheint dieses Verbot nicht viel gefruchtet zu haben. Nach von Haartman's Angabe soll in den Gegenden Finnlands, in welchen diese Unsitte herrscht, die Hälfte der geborenen Kinder bereits im ersten Lebensjahre sterben, daselbst aber, wo die Kinder nur allein durch die Brust genährt werden, stirbt nur der zehnte Theil derselben. Auf der schwedischen Seite des Bottnischen Meerbusens ist diese Unsitte freilich nicht so gross, allein auch von Seiten der dortigen Aerzte sind zum öfteren Klagen über dieselbe laut geworden und bringen sie das häufige Vorkommen mancher Kinderkrankheiten (Schwämmchen, Cholera infantum u. s. w.), so wie die grosse Mortalität im ersten Jahre auf Rechnung derselben. Verschiedene Vorschläge, die gemacht wurden, um die grosse Sterblichkeit der Kinder in

den ersten beiden Lebensjahren zu vermindern, blieben, da sie sich als nicht ausführbar ergaben, auf sich beruhen. — Eine Arbeit des Prof. Collin über das Verhältniss der Mortalität zwischen den Kindern auf dem Lande, in den Städten ausser Stockholm und in Stockholm selbst von 1831—40 ergibt Folgendes: Im Alter unter 1 Jahre starben in Stockholm eheliche Kinder 23,66, uneheliche 42,56, im Alter von 1 bis 3 Jahren eheliche 9,66, uneheliche 5,76; zusammen eheliche 33,32, uneheliche 48,12; in den übrigen Städten starben unter 1 Jahre eheliche 16,45, uneheliche 27,61, von 1 bis 3 Jahren eheliche 7,38, uneheliche 7,34; zusammen eheliche 23,81, uneheliche 34,95; auf dem Lande starben unter 1 Jahre eheliche 15,21, uneheliche 22,32, von 1 bis 3 Jahren eheliche 5,35, uneheliche 4,79; zusammen eheliche 20,56, uneheliche 27,11. Collin zeigte, dass sich die Ursache der grossen Mortalität im ersten Lebensjahre besonders unter den unehelichen Kindern in Stockholm und den übrigen Städten durchaus nicht befriedigend aus der verschiedenen Lage, der Ernährungsweise und anderen dergleichen Umständen erklären lasse, sondern glaubt er, dieselbe in den sittlichen Verhältnissen, der Lebensart, im unterlassenen Säugen u. s. w. suchen zu müssen und sagt Herr Berg, dass auch noch Mangel an ärztlichem Beistande und gehöriger Krankenpflege dahin gehören dürfte. Der Verf. gedenkt dann der Errichtung eines Kinderkrankenhauses in Stockholm, welches zunächst sein Entstehen einem Legate vom Hofmedikus Elmstedt verdankte, an der Kronprinzessin eine Beschützerin fand und Kronprinzessin Louise's Pflegeanstalt für kranke Kinder genannt worden ist. Am Schlusse liefert der Verf. noch einige kurze Notizen über den klinischen Unterricht über Kinderkrankheiten in Stockholm, theilt die Schriften und Abhandlungen, welche in Bezug auf diesen, so wie auf die bessere Einrichtung des allgemeinen Kinderhauses erschienen sind, mit und führt er die wichtigsten neueren Schriften, welche im Auslande in Bezug auf Kinderkrankheiten erschienen sind, an.

Wir schliessen die Anzeige dieses in vieler Hinsicht lehrreichen und interessanten ersten Heftes der Vorlesungen des Hrn. Prof. Berg mit dem Wunsche, dass er uns recht bald mit einem neuen Hefte beschenken möge und hoffen wir, darin seine Erfahrungen über die Krankheiten des kindlichen Alters, die bei seiner Stellung gewiss sehr reichhaltig geworden sein müssen, mitgetheilt zu finden.

v. d. Busch.

III. Mittheilungen aus Kliniken und Hospitälern.

Aus verschiedenen Hospitälern.

Lithiasis, Lithotomie und Lithotritie bei Kindern.

Die chirurgischen Krankheiten bieten im kindlichen Alter viel Eigenthümliches dar und die in diesem Alter nothwendig werdenden Operationen erfordern manche Rücksicht, die bei Erwachsenen nicht nöthig ist. Bis ein gutes Handbuch der Chirurgie und Akiurgie des kindlichen Alters geschrieben ist, kommt es darauf an, Materialien zu sammeln. Die folgenden Fälle sollen als solches Material dienen.

1) Harnstein in der Pars membranacea, Atonie der Blase, Entfernung des Steines durch den Harnröhrenschnitt. Ein Knabe, 8 Jahre alt, aufgenommen am 7. Januar 1853, hatte seit 5 Monaten an Symptomen gelitten, die auf einen Stein in der Blase deuteten; vorher hatte er über häufige Schmerzen in den Lumbargegenden geklagt. Die Untersuchung gleich nach der Aufnahme in das Hospital ergab, dass der Knabe den Urin nicht halten konnte, sonst aber ganz schmerzensfrei war. Noch 4 Tage vorher waren alle die gewöhnlichen Symptome des Steinleidens vorhanden gewesen. Bei der Exploration der hypogastrischen Gegend fand man die Blase sehr ausgedehnt, aber beim Drucke nicht empfindlich. Beim Versuche, einen Katheter in die Blase einzuführen, wurde derselbe durch einen Stein aufgehalten, welcher in der membranösen Portion der Harnröhre festsass. Da der Stein nicht von der Stelle gebracht werden konnte, so entschloss sich Herr Gay sofort, vom Damme aus auf denselben einzuschneiden und den Stein zu entfernen. Sobald dieses geschehen war, führte er einen Katheter in die Harnblase und entleerte $1^1/_2$ Pint Urin. Der Verlauf war günstig. Schon am folgenden Morgen konnte der Knabe den Urin an sich halten. Am 9. Tage war die Wunde so weit geheilt, dass er entlassen werden konnte. Der Stein war gross und dreieckig und bestand aus Harnsäure. (Royal Free-Hospital, London.)

2) Sehr grosser Stein in der Blase, grosse Reizbarkeit dieses Organes, Entfernung des Steines durch den Perinealschnitt. J. S., 11 Jahre alt, aufgenom-

nen am 23. Januar 1853, hatte seit 3 Jahren an Reizbarkeit der Blase gelitten und es hatte dieses Uebel so zugenommen, dass er in den letzten 9 Monaten fast alle 5 bis 10 Minuten sich gedrängt fühlte, den Urin zu entleeren. Indessen waren andere Symptome, die auf das Dasein eines Steines den Verdacht lenken konnten, nicht vorhanden. Der Knabe klagte über nichts, als über den fortwährenden Drang zum Harnen. Herr Gay entschloss sich jedoch, ihn zu sondiren und da er dabei ganz deutlich einen Stein fühlte, so machte er nach gehöriger Vorbereitung des kleinen Kranken den Perinealschnitt und entfernte nach einiger Schwierigkeit den Stein. Dieser war nämlich sehr gross, hatte in seiner Längenachse 2 Zoll und in seiner kurzen Achse fast $1^1/_2$ Zoll. Dabei war das Becken des Kindes sehr enge und es bestand überdies der Stein aus harnsaurem Ammonium, so dass er bei der geringsten Kraftanwendung der Zange abbröckelte. Auf die Operation folgte etwas Schmerz und Empfindlichkeit in der Blasengegend, wogegen Opium und heisse Fomente Hülfe leisteten. Der Urin floss mehrere Tage aus der Wunde; allmählig aber schloss sich die letztere und der Knabe konnte den Harn lange genug an sich halten. Der weitere Verlauf war nach Wunsch. (Roy. Free-Hospital, London.)

Diese beiden Fälle bieten manche Eigenthümlichkeit dar: in dem einen Falle Atonie oder fast Paralyse der Blase mit Inkontinenz des Urines, in dem anderen Falle grosse Reizbarkeit des Organes, sich kundgebend in dem steten Drange zum Harnlassen. Diese beiden, anscheinend sich ganz entgegenstehenden Symptome, Reizbarkeit und Atonie, reihen sich doch auch bei Erwachsenen, die am Blasensteine leiden, aneinander. Bei Kindern scheint dieses noch auffallender zu sein. In diesen beiden Fällen wenigstens waren die Symptome nicht so charakteristisch, dass man aus ihnen allein auf das Dasein eines Steines hätte schliessen können. Schmerz in der Gegend des Blasenhalses und in der Eichel des Penis, plötzliche Unterbrechung des Urinstrahles beim Harnen, blutiger Urin, Tenesmus, — diese Erscheinungen, die bei Erwachsenen meistens so entschieden auf ein Steinleiden hinweisen, waren hier nicht vorhanden. Im ersten Falle nichts weiter als Atonie der Blase mit Inkontinenz des Urines und im anderen Falle nichts weiter als grosse Irritabilität der Blase. Wie sind diese beiden Erscheinungen zu vereinigen? Bei fast allen Arten von Harnsteinen, sagt Herr Coulson in seinen neuesten Vorlesungen

über Lithotomie und Lithotritie, hat die Blase ein lebhaftes Bestreben, um ihren festen oder flüssigen Inhalt sich kräftig zusammenzuziehen. Es ist dieses nichts weiter, als der natürliche, jedoch durch die Gegenwart des fremden Körpers lebhaft gesteigerte Trieb, den Inhalt auszutreiben. Dieser Trieb bringt aber endlich die Blase dahin, dass sie zuletzt kaum mehr einen Esslöffel voll Urin fassen kann und dass bei absichtlicher Injektion schon wenige Unzen Flüssigkeit die Blase so anfüllen, dass sie mit grosser Kraft wieder ausgetrieben werden." Mit der Zeit aber erschöpft sich bisweilen gerade durch diese übermässige Anstrengung die Kontraktilität der Blasenwand; das Organ fängt an, träge zu werden; es gestattet plötzlich die Ansammlung einer grossen Menge Urin; die Blasenwand verhält sich passiv, indem sie durch die angesammelte Flüssigkeit immer mehr ausgedehnt wird; der Wille hat keinen Einfluss mehr auf die Blase und der Urin tröpfelt fortwährend ab. Es scheint, dass dieser letztere Zustand bei Kindern in Folge eines vorhandenen Steines sich eher erzeugt, als bei Erwachsenen, vermuthlich weil die Irritabilität bei jenen eher erschöpft wird, als bei diesen und die Kinder in dieser Beziehung den Greisen und den erethischen, jedoch abgeschwächten Personen gleichen.

Man muss bei Kindern, wenn sie lediglich an Inkontinenz des Urines, bestehend in fortwährendem Abtröpfeln desselben, oder an fortwährender Irritabilität der Blase, sich äussernd in fortdauerndem Drange zum Urinlassen, leiden, jedenfalls an die Möglichkeit eines vorhandenen Steines denken und eine Sondirung vornehmen. Diese Lehre gibt wenigstens der zweite Fall.

Was die Operation betrifft, so kann sie bei kleinen Kindern durch die Engigkeit des Beckens sehr erschwert werden, zumal wenn der Stein gross ist. In dem zweiten Falle wurde der Schwierigkeit einigermassen dadurch begegnet, dass der Stein bröckelte und sich so verkleinerte. Herr Gay macht mit Recht darauf aufmerksam, dass das Vorhandensein eines Harnsteines die Entwickelung des Beckens beeinträchtigen könne, indem die an die Beckenwand sich ansetzenden und auf dieselben wirkenden Muskeln in ihrer Thätigkeit sehr gehindert oder gewaltsam in Anspruch genommen werden. Wie viel aber zur Zeit des Wachsthums die richtige und gehörige Thätigkeit der Muskeln auf die Entwickelung und Konfiguration der Knochen einwirkt, braucht nicht gesagt zu werden.

3) **Eingesackter Stein in der Blase; Lithotomie vergeblich gemacht; Entfernung des Steines bei der zweiten Operation.** S. N., $5^1/_2$ Jahre alt, aufgenommen am 19. Nov. 1852, ein sonst ganz gesunder, kräftiger Knabe, hat seit 2 Jahren die deutlichsten Symptome des Blasensteines dargeboten, nämlich am Blasenhalse Schmerz vor dem Urinlassen, der nach demselben sich noch steigerte, häufiges Harndrängen, plötzliche Unterbrechung des Harnstrahles und fortwährendes Pflükken an der Vorhaut. Zuletzt stellte sich Inkontinenz des Urines ein, so dass der Knabe alle Nächte nass in seinem Bette lag. Der Knabe wurde sondirt; ein Stein wurde erkannt und der Perinealschnitt gemacht. Es geschah dieses auf dem Lande, wo der Knabe sich befand. Nachdem der Schnitt gemacht war, war aber kein Stein zu finden und man glaubte, sich in der Diagnose getäuscht zu haben. Nach der Heilung der Wunde stellten sich aber wieder Symptome von Blasenreizung ein. Der Knabe wurde ins Hospital gebracht und Herr Ure fühlte gleich bei der ersten Sondirung ganz deutlich den Stein, der eingesackt zu sein schien. Er machte indessen die Operation wieder vom Damme aus (es geschah dieses 5 Monate nach der ersten Operation) und mit Hülfe eines gekrümmten Löffels gelang es ihm, einen nussgrossen, mandelförmigen Stein, der 64 Gran wog, herauszuholen. Der Verlauf war günstig; nach ungefähr 11 Tagen kam schon fast kein Urin mehr zur Wunde heraus und 14 Tage später wurde der Knabe geheilt entlassen. (St. Mary's Hospital, London.)

In diesem Falle hatte der längliche, mandelförmige Stein in einer Kyste gesteckt und nach der ersten Operation erfasste ihn die Zange, womit man die Herausziehung bewirken wollte, vermuthlich immer an der schmalen Kante, die aus der Kyste heraussstand und von der sie stets abglitt. Kysten oder Säcke bilden sich durch Steine bei Kindern in der Blase ebensowohl, als bei Erwachsenen, — aber bei ersteren seltener, als bei letzteren, bei denen sie auch glücklicherweise nicht häufig sind. Diese Einsackung des Steines ist ein sehr erschwerender Umstand für die Operation. Hat sich nämlich der Stein zwischen die Muskelfasern der Blasenwand unter Vortreibung der Schleimhaut hineingedrängt, so bildet diese eine Tasche, die den Stein umfasst, also gleichsam eine Art Hernie. Gewöhnlich steht aus dieser Tasche der Stein mit einer kleinen Kante oder Spitze in die Höhle der Blase hervor, so dass die Zange keinen Halt daran findet. Ja

bisweilen umschliesst die Tasche den Stein so sehr, dass selbst diese Spitze oder Kante nicht fühlbar ist und nur bei der mit Flüssigkeit vollgefüllten und ausgedehnten Blase die Sonde das Dasein des Steines verrathet, bei leerer Blase aber auch diese ihn nicht fühlt. „Ein eingesackter Stein, sagt Herr Coulson in seinen neuesten Vorträgen, ist einer der übelsten Zustände, auf den der Operateur bei der Lithotomie stossen kann, da der Eingang in den Sack gewöhnlich enger ist, als dieser selber und der Stein höchstens mit einem dünnen Halse aus demselben heraussteht. Könnte das immer im Voraus sicher bestimmt werden, so wäre es Grund genug, die Lithotomie zu unterlassen, weil in 9 Fällen von 10 die Operation sich fruchtlos erweisen wird, indem man den Stein nicht herauszuschaffen vermag." — Bei Kindern ist diese eingesackte Lage des Steines von noch grösserer Bedeutung, weil die Enge des Beckens die Handhabung der Instrumente, namentlich des krummen Löffels oder der Schaufel, womit doch allein nur noch ein solcher Stein herausgeholt werden kann, sehr erschwert. — Der hier mitgetheilte Fall zeigt übrigens, mit welcher Leichtigkeit kleine Kinder sehr bedeutende traumatische Eingriffe auf die Harnblase ertragen.

4) Kleiner Stein in der Blase, Lithotomie, sehr bedeutender Collapsus nach derselben, Heilung. Ein 5 Jahre alter Knabe hatte seit 12 Monaten fortwährenden Harndrang, heftige Schmerzen dabei und plötzliche Unterbrechung des Urinstrahles. Er pflückte sich fortwährend am Penis und verfiel immer mehr in seiner Gesundheit. Herr Furness in New-Castle, zu dem er gebracht wurde, fühlte beim Sondiren einen Stein. Er chloroformirte den Knaben und machte den Perinealschnitt. Die Operation hatte einige Schwierigkeit, weil die sehr enge Harnröhre nur die Einführung einer sehr dünnen gefurchten Sonde zuliess, deren Rinne so schmal war, dass sie die Spitze des Messers kaum aufnehmen konnte. Ein kleiner Stein, der lose in der Blase lag, wurde leicht herausgefördert. Gleich darauf versank aber der Knabe in eine Ohnmacht, welche das Leben zu beenden schien und nur der Anwendung von erwärmtem Terpentin auf Brust und Magen und von erwärmtem Flanell an die Beine, so wie den gleichzeitigen Einflüssen von Branntwein mit Wasser in den Mund des Kindes gelang es, dasselbe wieder zu sich zu bringen. Unter der ferneren Anwendung von analeptischen Mitteln ging der Verlauf günstig von Statten; am Ende

der 6. Woche nach der Operation war das Kind vollständig geheilt. War diese Ohnmacht die Wirkung des Chloroformirens oder des, wenn auch geringen, Blutverlustes? (Lancet, 20. Aug. 1853, S. 164.)

5) Stein in der Blase bei einem kleinen Mädchen, Ausziehung des Steines mittelst Erweiterung der Harnröhre. Ellen H., 6 Jahre alt, aufgenommen am 15. Sept. 1852, litt an schmerzhaftem Harndrange, wobei der Urin plötzlich in seinem Strahle unterbrochen wurde, aber gleich wieder zu fliessen begann, sobald das Kind eine andere Stellung oder Lage annahm. Nach Aussage der Mutter hatte das Kind seit der Geburt immer viel Drang zum Urinlassen gehabt und stets dabei geschrieen. Am 16. Sept., am Tage nach der Aufnahme, sondirte Herr Birkett das Kind und fand einen grossen, rauhen Stein. Am 17. untersuchte Herr Cooper die Kleine noch einmal, um sich genau aus der Grösse des Steines zu überzeugen, ob es rathsamer sei, erst die Lithotritie zur Zerbröckelung des Steines anzuwenden oder ihn im Ganzen herauszuschaffen. Bei der Untersuchung ergab sich jedoch der Stein als sehr brüchig und es wurde daher beschlossen, ihn ohne vorherige Zertrümmerung zu entfernen. Da aber die Kleine in Folge der anhaltenden Schmerzen verstopft war, so wurde sie erst durch abführende Salze und dann durch eine kräftigende Diät zur Operation vorbereitet. Endlich wurde zu dieser am 12. Tage nach der Aufnahme geschritten. Die Kleine wurde in die gewöhnliche Lage zum Perinealschnitte gebracht. Eine gerade, gefurchte Sonde wurde durch die Harnröhre in die Blase geschoben und dann der Versuch gemacht, längs der Furche ein kleines, stumpfes Gorgeret einzuführen. Dieses war jedoch unausführbar und Herr Cooper schnitt desshalb in den unteren Rand der Harnröhrenmündung etwas links von ihrer Mitte ein. Die hierdurch bewirkte Erweiterung gestattete die Einbringung des Gorgerets. Nun wurde auf dem Gorgeret eine Zange eingebracht und das Gorgeret fortgenommen. Der Stein wurde auch wirklich gefasst, aber er zerbrach unter dem Drucke des Instrumentes. Es wurde dadurch die Operation sehr verlängert, denn die Zange musste mehrmals eingeführt werden, um alle die Fragmente herauszuschaffen. Das Kind wurde dann zu Bette gebracht und erhielt eine kleine Dosis Syrup. Capitum Papaveris. — Am nächsten Morgen befand sich die Kleine ganz wohl; sie hatte gut geschlafen und war ganz schmerzens-

frei. Der Urin ging unwillkürlich ab, aber war nicht mit Blut gemischt; der Puls etwas beschleunigt; Zunge rein und feucht, Leibesöffnung war vorhanden. — Der Verlauf war in jeder Beziehung günstig, aber erst am 12. Tage nach der Operation war die Kleine vollkommen im Stande, den Urin zurückzuhalten und ihn willkürlich zu entleeren; der Einschnitt in die Harnröhrenmündung hatte Anfangs geeitert, war aber nun auch geheilt. Die Steinfragmente wogen zusammen 150 Gran und der Stein hatte aus einem Kerne von harnsaurem Ammoniak mit einer umlagerten Schichte von Phosphaten bestanden. (Guy's Hospital, London.)

Dieser Fall ist in so fern von Interesse, als er zeigt, dass selbst bei ganz kleinen Mädchen ein verhältnissmässig nur geringer Einschnitt in die Harnröhrenmündung eine so bedeutende Dilatation möglich macht, dass ein ganz grosser Stein herausgezogen werden kann; denn sicherlich wäre der Stein auch auf diesem Wege herausgebracht worden, wenn er auch nicht zerbrochen wäre. Was aber auffallend ist, ist die darauf erfolgte, so lange Zeit dauernde Unfähigkeit, den Urin zurückzuhalten.

6) Blasenstein aus Harnsäure bestehend, Beseitigung desselben ohne Operation durch Darreichung von Alkalien. Henry H., 15 Jahre alt, ein zarter, skrofulös aussehendender Knabe, am 15. November 1847 aufgenommen, litt seit 3 Jahren an unzweifelhaften Symptomen eines Blasensteines. Diese Symptome bestanden in fortwährendem Harndrange, besonders des Nachts, so dass er alle 5 Minuten aufstehen musste, seinen Urin zu lassen, — ferner in äusserst heftigem Schmerze besonders gleich nach dem Harnabgange, blutig gefärbtem Urine und gelegentlichem Bodensatze eines weisslichen Grieses. Dieser Gries zeigte sich bei der Untersuchung vorzugsweise aus harnsaurem Niederschlage bestehend und die Untersuchung mit der Sonde ergab unzweifelhaft das Dasein eines grossen Blasensteines. Aus der Beschaffenheit des Sedimentes und aus dem Aussehen des Knaben schloss Herr Bulley auf das Dasein einer sogenannten Harnsäure-Diathese (lithic acid diathesis) und da das Kind, welches der Sohn eines Bauern war, fast ganz von Vegetabilien und Thee gelebt hatte, so nahm Herr B. an, dass auch der Stein aus Harnsäure vorzugsweise bestehen müsse. Zu selbiger Zeit war in der Gegend unter dem Namen „Constitution-Water“ eine Flüssigkeit in Ruf, von der es hiess, dass durch sie die Steine

in der Harnblase aufgelöst würden. Herr Bulley, welchem diese Flüssigkeit aus aufgelösten Alkalien zu bestehen schien, beschloss, ein ähnliches Mittel zu versuchen. Er verordnete ein Pulver aus 10 Gran doppelt kohlensaurem Kali, 12 Gran kohlensaurem Natron und 8 Gran salpetersaurem Kali. Ein solches Pulver musste der Knabe täglich zwei Mal in ½ Pint lauwarmem Wasser aufgelöst nehmen und alle pflanzliche Nahrung durchaus vermeiden. Ausserdem musste er, da die Haut sehr trocken war, sie täglich mit lauwarmem Wasser abschwämmen und darauf trocken abreiben lassen und 1 bis 2 Stunden im Garten des Hospitales spazieren gehen. Diese Kur wurde, durch geringe Verdauungsstörungen wenig unterbrochen, einen Monat lang fortgesetzt. Die erste Wirkung war eine Verminderung der Irritabilität der Blase und dann folgte der Abgang einer beträchtlichen Menge dicken, griesigen Bodensatzes mit dem Urine. Dieser Bodensatz bestand aus Blasenschleim mit amorphischer Harnsäure in grossem Verhältnisse. Dabei besserte sich das Allgemeinbefinden des Knaben von Tage zu Tage; er setzte Fleisch an, obgleich er öfter Diarrhoe hatte und seine Haut fing an, thätiger und lebendiger zu werden. Noch am 3. Februar 1848 war Bodensatz im Urin vorhanden, aber die krankhafte Irritabilität der Harnblase war ganz geschwunden; der Knabe schlief gut und konnte seinen Harn gehörig halten und lassen. Er wurde entlassen mit der Anweisung, die Kur zu Hause fortzusetzen. Am 16. April stellte er sich wieder zur Untersuchung ein. Ein sehr genaues Sondiren konnte durchaus keinen Stein mehr entdecken. Der Urin enthielt jedoch noch Gries und es wurde dem Knaben empfohlen, noch ein Pulver täglich zu nehmen. Am 18. April 1850 wurde er wieder untersucht und vollkommen gesund befunden. (Royal Berkshire Hospital.)

7) Blasenstein aus Harnsäure bestehend, vergeblicher Versuch, ihn aufzulösen — Lithotomie — Heilung. Joseph C., 9 Jahre alt, aufgenommen am 20. Januar 1852, hatte seit 6 Jahren Symptome, die mehr oder minder deutlich auf das Dasein eines Steines in der Blase hinwiesen. Dysurie, Strangurie, Harndrang wechselten miteinander ab; der Knabe pflückte fortwährend am Penis und später nahm der Schmerz besonders nach dem Abgange der letzten Tropfen des Urines bedeutend zu. Endlich stellte sich Inkontinenz des Urines ein; derselbe tröpfelte Tag und Nacht ab. Dabei ist der Knabe nicht im Stande, zu sitzen; am behaglichsten fühlt er sich in knieen-

der Stellung und trotz des fortwährenden Urintröpfelns treibt es ihn alle halbe Stunde zum Harnen, wobei er jedoch nur wenige Tropfen Urin entleeren kann und darauf furchtbaren Schmerz empfindet. Bei der Untersuchung wird der Stein leicht entdeckt, um den aber die Blase sich so zusammengezogen zu haben scheint, dass es schwierig wird, die Sonde tief einzubringen. Es ist bei dem steten Abtröpfeln des Urines nicht möglich gewesen, eine hinreichende Quantität desselben zur chemischen Prüfung zu sammeln. Einige Male aber fand sich in der benetzten Wäsche ein röthlicher, griesiger Bodensatz, den Herr Bulley für Harnsäurekrystalle halten zu müssen glaubte. Der Knabe war schon vorher zweimal im Hospitale gewesen. Das erste Mal wurde er, in der Voraussetzung, dass der Blasenstein aus Harnsäure bestehe, derselben inneren Kur unterworfen, wie der vorhin genannte Kranke. Er erhielt dieselben alkalischen Pulver, nur in etwas kleinerer Menge. Diese Behandlung hatte aber keine andere Folge, als die Reizbarkeit des Urines zu vermindern und die Fähigkeit, den Urin etwas mehr zurückzuhalten, zu vermehren; der Stein selber löste sich aber nicht auf. Da die Inkontinenz des Urines jedoch wieder einen hohen Grad erreichte und dazu abermals lebhafte Schmerzen sich gesellten, so wurde die Operation beschlossen. Am 6. Februar 1852 wurde sie im Damme gemacht; wegen des sehr kontrahirten Zustandes der Blase wurde durch die Prostata nur ein kleiner Schnitt geführt; der eingebrachte Finger fühlte einen wallnussgrossen, eng von der Blase umschlossenen Stein. Mit grosser Mühe gelang es, die Zange einzuführen und den Stein zu ergreifen, ohne die Blasenwand mitzufassen. Bei den Traktionsversuchen zerbrach der Stein, aber die Fragmente wurden glücklich nach und nach herausgeholt und die Blase ausgespült. Sie wogen zusammen 369 Gran, hatten eine blätterige, etwas poröse Struktur und bestanden aus reiner Harnsäure. Der Erfolg war günstig; Anfangs war noch Harntröpfeln vorhanden; am 40. Tage nach der Operation konnte der Knabe den Urin schon zurückhalten und ihn willkührlich entleeren. Er wurde geheilt entlassen. (Royal Berkshire Hospital.)

Diese beiden Fälle sind durch den Versuch, den Stein durch Darreichung innerer Mittel aufzulösen, interessant. Im ersten Falle scheint dieser Versuch vollkommen, im zweiten Falle nur theilweise gelungen zu sein, insofern der Stein dabei porös und brüchig geworden war, so dass er leicht durch einen lithotripti-

schon Apparat hätte zertrümmert werden können, wäre es möglich gewesen, ihn bei dem sehr kontrahirten Zustande der Blase damit zu umfassen, ohne die Wand dieses Organes zu verletzen. Nur gegen Steine, die aus bloser Harnsäure bestehen, ist von der Darreichung grosser Mengen von Alkalien eine Auflösung zu erwarten und es würde sich wohl verlohnen, namentlich bei Kindern, gegen Steine solcher Art erst diesen Auflösungsversuch zu machen, bevor man zur Operation schreitet. Jedenfalls scheint die Darreichung der Alkalien den Erfolg zu haben, die Irritabilität der Blase zu mildern, was auch schon ein Gewinn ist.

8) Blasenstein aus Harnsäure mit phosphatischen Ueberlagerungen bestehend, — Entfernung desselben durch den Recto-Urethralschnitt (eine neue Methode). Fr. Celey, 6 Jahre alt, aufgenommen am 14. April 1853, litt an einem Abscesse an der Aussenseite des linken Ellbogens und dabei an Harnbeschwerden verschiedener Art. Vor 18 Monaten hatte er Scharlach gehabt und sah seitdem bleich, kachektisch und abgefallen aus. Seit ungefähr einem Jahre litt er häufig an Dysurie und sonstigen Erscheinungen von Reizung der Harnblase. Der Abscess am Ellbogen hatte vor drei Monaten begonnen und zwar anscheinend ohne alle äussere Veranlassung. Da die Haut darüber dünn and gespannt war, so machte Herr Lloyd einen Einschnitt und entleerte 2 Unzen skrofulösen, flockigen Eiters; dann wurden Kataplasmen aufgelegt und die Heilung geschah binnen 10 Tagen. Am 21. April hatte der Knabe einen heftigen epileptischen Anfall, der mehrere Stunden dauerte; es soll dieses der zweite Anfall der Art gewesen sein; den ersten soll er wenige Tage vor seiner Aufnahme in das Hospital gehabt haben. Am 23. April sondirte Herr Lloyd die Blase und entdeckte einen Stein; der Urin war ammoniakalisch und setzte einen dicken, schleimigen Bodensatz, der bei genauer Untersuchung Blut, Eiter und Trippelphosphate enthielt. Der Knabe erhielt zur Vorbereitung eine Mischung, deren Hauptbestandtheil Acidum nitro-muriaticum war und die dem Harne eine bessere Beschaffenheit gab. Am 31. Mai war der Knabe so weit vorbereitet, dass die Operation vorgenommen werden konnte. Diese wurde nach einer ganz neuen Methode vollzogen, für welche die Gründe noch später angegeben werden sollen.

Der in die gewöhnliche Lage zum Steinschnitte gebrachte Knabe wurde chloroformirt. Eine gekrümmte Sonde, mit einer

tieferen und breiteren Furche als gewöhnlich, wurde in die Blase geführt. Diese Sonde wurde von einem Gehülfen gehalten, der sie in der gewöhnlichen Position hielt. Nun führte Herr Lloyd ein von ihm angegebenes Speculum ani in den After. Dieses Speculum bildet einen an seinem konischen Ende geschlossenen Trichter mit einem fast im rechten Winkel abstehenden, gebogenen Handgriffe; an der linken Seitenwand des Trichters ist in zwei Drittel seiner Länge ein Stück ausgeschnitten, so dass er daselbst eine etwa 1 bis $1^1/_2$ Linien breite, durch den vorderen Rand durchgehende Spalte hat. Das Speculum ist in den After so eingebracht, dass seine Spalte nach oben gerichtet ist; der Griff des Speculums wird einem anderen Gehülfen übergeben. Herr Lloyd brachte nun in dieses Speculum ein schmales Messer mit der Schneide nach oben ein. Durch eine geschickte Hebung desselben schnitt er in den oberen Rand des Afters und ungefähr $^1/_2$ Zoll in die Mitte des Dammes hinein, wobei er zugleich die vordere Wand des Mastdarmes in einer Strecke von $^3/_4$ Zoll spaltete. Der nach unten zu geschlossene Trichter schützte vollständig die hintere Wand des Mastdarmes und den übrigen Theil des Afters. In die Wunde führte Herr Lloyd nach Entfernung des Speculums den linken Zeigefinger ein und drang mit demselben nach oben, bis er die Furche der in die Harnröhre geführten Sonde fühlte. Dieser Finger, dessen Spitze sich gegen den vorderen Rand der Prostata stellte, diente als Leitung, um die Spitze eines Messers daselbst in die Furche der Sonde zu bringen. Als dieses geschehen war, wurde mit Leichtigkeit die ganze membranöse Portion der Harnröhre vom Rande der Prostata nach vorn zu gespalten. Eine dünne, gerade Polypenzange wurde nunmehr längs der Furche der Sonde in den Blasenhals geführt und durch allmähliges Oeffnen und Schliessen des Instrumentes der prostatische Theil der Urethra erweitert. Während dieses letzteren Manövers, das vielleicht eine Minute dauerte, trat der Urin mehrmals in Güssen aus und nachdem die Erweiterung so weit gediehen war, dass Herr Lloyd den Finger einführen konnte, zog er die gefurchte Sonde und die Polypenzange heraus und führte auf seinem Finger eine ein wenig gekrümmte Steinzange ein. Den Stein fand er gleich; nur entglitt derselbe mehrmals in den oberen und vorderen Theil der Blase. Endlich wurde er gefasst und mit grosser Leichtigkeit herausgezogen. Beim Herausziehen schützte Herr Lloyd die Wundtheile

und die Prostata vor der Rauhigkeit des Steines so viel als möglich durch die Blätter der geschickt gewendeten Zange. Der Stein hatte die Grösse einer kleinen Pflaume, war an der einen Seite ganz glatt und bestand aus Harnsäure, an der anderen Seite aber durch phosphatische Ueberlagerungen ganz rauh. Nachdem Hr. Lloyd durch das Herumfühlen mit dem Finger von der vollkommenen Leerheit der Harnblase sich überzeugt hatte, brachte er einen kurzen Kautschukkatheter durch die Wunde in dieselbe und befestigte ihn durch eine Sutur an den Rand der Wunde. Es war nur wenig Blut verloren gegangen und die Operation hatte nur kurze Zeit gedauert. Der Verlauf war überaus günstig. Anfangs floss der Urin aus dem Katheter; am 10. kam er aber schon zum Theil aus der Harnröhre. Am 12. hatte der Knabe zuerst Kopfschmerzen und dann einen epileptischen Anfall, der zwei Stunden dauerte. Bis zum 29. ging der grösste Theil des Urines noch durch die Wunde ab, von da an aber immer mehr durch die Harnröhre. Die Wunde am After heilte vortrefflich und der Knabe konnte den Koth beliebig zurückhalten. Am 30. Juli ist noch im Damme nahe am After die Oeffnung einer engen Fistel, welche in die Harnröhre führt. Aus dieser Fistel gehen nur noch bei sehr starkem Drängen einige wenige Tropfen Urin ab, sonst geht er ganz zur Harnröhre heraus und der Knabe kann ihn und den Koth sehr zurückhalten. Mehrere epileptische Anfälle abgerechnet hat sich sein Allgemeinbefinden sehr gebessert. (St. Barthelom.-Hospital, London.)

9) Stoss auf den Damm — Abszess und Fistel der Harnröhre — Bildung steiniger Konkremente in der Blase — Rekto-Urethralschnitt. W. Poster, 12 Jahre alt, ein kräftiger, gesunder Bursche vom Lande, stiess beim Ueberspringen eines Zaunes mit dem Perinäum gegen einen spitzen Pfahl. Eine Wunde war nicht entstanden, aber es floss Blut aus der Harnröhre, Anschwellung, Entzündung und Bildung eines Abszesses. Nach Entleerung des letzteren kam aller Urin aus der Oeffnung und keiner mehr aus der Harnröhre. Mit dieser Fistel kam er 6 Wochen darauf zu Hrn. Lloyd ins Hospital. Dieser konnte von der Fistel aus mit Leichtigkeit eine Sonde in die Blase führen, aber nach vorn zu war die Harnröhre verwachsen und alle Versuche, durch diesen vorderen Theil derselben auch nur die feinste Sonde durchzuführen, misslangen. Um diese Zeit roch der Urin sehr übel und enthielt Eiter und Trippelphosphatkrystalle;

aber an einen Stein war noch nicht zu denken. Etwa einen Monat darauf machte Hr. Lloyd, da Dilatationsversuche misslangen, einen Schnitt in den Damm, spaltete den verwachsenen Theil der Harnröhre und führte nun einen Kautschukkatheter durch die ganze Urethra bis in die Blase. Das Instrument sollte 10 Tage liegen bleiben, während dieser Zeit aber täglich herausgenommen, gereinigt und wieder eingeführt werden. Einmal aber wurde während eines Unwohlseins des Hrn. Lloyd diese Vorschrift vernachlässigt, das Instrument blieb mehrere Tage ungestört liegen und als man es endlich heraus nahm, war es mit Kalkmasse umlagert. Bei der Untersuchung mit einer Sonde fanden sich einige Ueberreste dieser Kalkablagerung in der prostatischen Portion der Harnröhre und aus Furcht, dieselben Kalküberreste in die Blase hereinzuschieben, weigerte sich Hr. Lloyd, wieder den Katheter einzubringen; um jedoch eine grössere Verengerung oder Wiederschliessung der Striktur zu verhüten, brachte er einen Docht aus Seidenfäden von vorn durch die Harnröhre bis hinten zur Wunde heraus, wo er die Enden desselben zusammenschlang. Nun gingen noch einige Kalkstückchen zur Fistel hinaus, aber nach Verlauf von 5 Wochen kamen keine mehr und Hr. Lloyd glaubte, es sei nun Zeit, den Katheter einzuführen, um die Schliessung der Fistel zu versuchen. Zwei Monate, nachdem dieses geschehen war, war zwar die Fistel verengert, aber nicht geschlossen; sie zeigte keine Tendenz zur Heilung und mehrmals fühlte Hr. Lloyd beim Einbringen eines bewegsamen Katheters etwas Hartes in der Blase und bei der Untersuchung mit einer metallenen Sonde ganz deutlich einen Stein in derselben. Jetzt wurde natürlich die Behandlung der Fistel bis nach Entfernung des Steines unterlassen; es wurde nun ein möglichst dicker elastischer Katheter in die Harnröhre gelegt. Da die Gesundheit des Knaben durch die lange Bettlage und die beständige Reizung sehr erschüttert war, so wurde die beschlossene Lithotomie noch ausgesetzt, bis der Knabe sich erholt haben würde. Mehrere Monate nachher, am 31. Mai, wurde die Operation vorgenommen, die vollständig der in dem vorher erwähnten Falle glich. Es muss bemerkt werden, dass die Harnröhre des Knaben sich von einer gesunden nur durch die Fistelöffnung unterschied; sonst war sie geräumig genug.

Die ersten Schnitte der Operation, nämlich der Schnitt in den Afterrand, den Damm, den Mastdarm und in die Pars mem-

branacea der Harnröhre geschahen, wie beschrieben worden ist; die prostatische Portion wurde ebenfalls auf die angegebene Weise dilatirt. Der Stein wurde dann auch mit der Zange gehörig gefasst, aber beim ersten Zuge in mehrere kleine Fragmente zerbröckelt, die nach und nach mit der Schaufel (Löffel) entfernt wurden. Hierauf wurde die Blase mit lauem Wasser vollkommen ausgespült, ein kurzes Röhrchen in die Wunde eingeführt und daselbst durch eine Sutur festgehalten. Es ging in diesem Falle mehr Blut verloren, als in dem vorigen, aber nicht so viel als bei der gewöhnlichen Lithotomie durch den Perinealschnitt. So viel aus der Masse der Fragmente geurtheilt werden konnte, hatte der Stein die Grösse eines Kiebitzeies. — Der Verlauf war günstig; bis zum 10. Juni ging der Urin durch die Wunde, von da an aber immer mehr und mehr durch die Harnröhre. Noch immer aber gingen Kalkfragmente zur Wunde heraus; die ursprüngliche Fistel schloss sich, von der Operationswunde blieb noch lange Zeit eine kleine, enge Oeffnung übrig, aus der immer noch ein feiner dünner Strahl Urin beim Drängen austrat. Zuletzt kamen hier nur noch einige Tropfen heraus. Der Kranke erholte sich im Uebrigen vollkommen. (Guy's Hospital, London.)

Diese beiden Fälle sind wegen des ganz neuen Operationsverfahrens, das Hr. Lloyd übrigens auch bei Erwachsenen auszuführen anfängt, von grossem Interesse. Durch die Ueberzeugung, dass bei dem gewöhnlichen Lateralschnitte die Gefahr in der Verblutung, in der nachfolgenden Peritonitis oder Verjauchung des Zellgewebes um den Blasenhals und den unteren Theil des Mastdarmes liege, kam Hr. Lloyd auf den Gedanken, durch eine Verbindung der Lithektasie oder unblutigen Erweiterung des prostatischen Theiles der Harnröhre und des Blasenhalses mit Spaltung der Pars membranacea diesen Gefahren zu begegnen. Wie er diese Operation, die er den Recto-Urethralschnitt nennt, ausgeführt hat, haben wir gesehen. Dadurch wird allerdings die Verwundung der Blase und des prostatischen Theiles der Harnröhre vermieden, und indem er sich mit dem Schnitte genau gegen die Mittellinie hielt, konnte er auch nicht Gefahr laufen, irgend einen wichtigen Arterienzweig, selbst bei nicht normaler Vertheilung dieser Gefässe, zu verletzen, da über die Mittellinie höchstens unbedeutende kleine Zweige hinüberlaufen. Würde aber auch ein wichtiges Hämorrhoidalgefäss dabei verletzt, so würde dessen Unterbindung bei der verhältnissmässig oberflächlichen Lage des

Wunde sehr leicht sein. Gegen den Einwand, dass bei dieser Operationsmethode sehr leicht der Bulbus urethrae getroffen werden könnte, bemerkt Hr. Lloyd, dass die Gefahr in diesem Falle nicht in der Verletzung des Bulbus, sondern in der der Arterie des Bulbus liege, die aber eben durch die Richtung seines Schnittes vermieden werde. Was die Entzündung des Zellgewebes zwischen Blase und Mastdarm betrifft, so glaubt Hr. Lloyd, dass eben durch die Formirung einer abhängigen Wunde, wobei der Schliessmuskel des Afters und der vom Ende des Mastdarmes und dem Damme gebildete Winkel durchschnitten wird, die eigentliche Ursache der Verjauchung des genannten Zellgewebes, nämlich die Infiltration von Harn in dasselbe, nicht aufkommen könne. Peritonitis ist nach Hrn. Lloyd bei dieser Operationsmethode gar nicht zu befürchten. Der einzige Einwand, den man gegen dieselbe machen könnte, wäre die Unnachgiebigkeit des prostatischen Theiles der Harnröhre und die schwere Heilbarkeit der Mastdarmwunde. Durch Versuche an Leichen und Lebenden hat sich Hr. Lloyd aber überzeugt, dass der prostatische Theil sich sehr dilatiren lässt und was die Mastdarmwunde betrifft, so hat die Erfahrung bei operirten Mastdarmfisteln gezeigt, dass eine solche Wunde sehr gut heilt, sobald nur der Sphinkter gespalten worden. Die mitgetheilten Erfolge sprechen für die neue Operationsmethode, die besonders bei Kindern wegen der Enge des Beckens passend erscheint. Wenn in den beiden hier erzählten Fällen die Heilung der Mastdarmwunde sehr langsam geschah, so muss bemerkt werden, dass dem üblen Gesundheitszustande, in dem beide Kinder sich befanden, viel Schuld gegeben werden muss, da bei einem Erwachsenen, wo Hr. Lloyd eben so operirte, die Heilung sehr rasch von Statten ging.

Fälle von Nekrose bei jugendlichen Subjekten.

Es ist aufgefallen, dass seit den letzten Jahren in England die Nekrose nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern viel häufiger vorkommt, als es in früheren Jahren der Fall gewesen ist. Man weiss bis jetzt den Grund noch nicht und man ist begierig, zu erfahren, ob in Frankreich und Deutschland Aehnliches beobachtet worden ist. Es sind verhältnissmässig sehr geringfügige Ursachen, die zu dieser Krankheit geführt haben und es muss deshalb noch ein anderer, allgemeinerer Grund vorhanden sein. Auch Furunkeln und Karbunkeln sind jetzt in England

häufiger als früher und es ist die Frage, ob damit irgend ein Zusammenhang zu suchen sei. Die folgenden Fälle zeigen die Entstehung der Nekrose bei Kindern als Folge anscheinend sehr unbedeutender Einwirkungen.

1) Nekrose des Humerus in Folge eines Schlages, Amputation, Heilung. Ein Knabe, 10 Jahre alt, rothhaarig, mit sehr zarter Haut, dicker Oberlippe, aufgetriebenen Nasenflügeln, kurz das Bild eines skrofulösen Habitus darbietend, aber gesund und kräftig, von wohlhabenden Eltern, bekam beim Kämpfen mit seinem jüngeren Bruder durch einen Besenstiel einen unbedeutenden Schlag auf die linke Schulter. Es folgte darauf ein heftiger Schmerz, der kurze Zeit dauerte; am folgenden Tage aber eine Anschwellung, welche so zunahm, dass ein Wundarzt herbeigeholt wurde. Aller angewendeten Mittel ungeachtet verbreitete sich die Anschwellung über den ganzen linken Arm und dazu gesellte sich ein äusserst heftiger Schmerz. Etwa 14 Tage nach dem Unfalle wurde der Knabe in das Hospital gebracht. Die Anschwellung war sehr bedeutend, die Haut darüber sehr gespannt und erysipelatös. Um diese Spannung zu mildern und dem möglicherweise in der Tiefe angesammelten Eiter einen freien Ausgang zu verschaffen, wurden kräftige Einschnitte gemacht. Dann wurden Kataplasmen aufgelegt und zur Unterstützung der Kräfte des Knaben bei so lebhaften Eingriffen ihm eine reiche Diät, Chinin und Wein verordnet; gegen Abend erhielt er überdies $^1/_8$ Gran Morphium. Trotz dem ging der Knabe sichtlich einer Art Kolliquation entgegen und 14 Tage später war es nur zu deutlich, dass nichts als die Amputation ihn retten konnte. Hr. Curling besann sich auch nicht lange, sondern machte die Amputation im Schultergelenke auf die gewöhnliche Weise. Es ging dabei sehr wenig Blut verloren und die Lappen wurden sehr genau an einander gebracht. Der Erfolg war überaus günstig; die Lappen verwuchsen sehr bald und schnell erholte sich der Knabe, der früher durch die Schmerzen, die Schlaflosigkeit, die profuse Eiterung im höchsten Grade reduzirt gewesen war. Die Untersuchung des abgenommenen Gliedes ergab Folgendes: Der ganze Humerus war vom Periosteum entblösst und lagerte in Eiter; von diesem war das Periosteum, das sehr gefässreich und verdickt war, in die Höhe gehoben. Keine Spur einer neuen Knochenbildung war vorhanden; keine Abgränzungslinie des Gesunden vom Kranken machte sich bemerklich; nur das

obere Gelenkende des Humerus war nicht ertödtet und eine Fraktur im Halse dieses Knochens, die im Leben wegen der grossen Anschwellung nicht entdeckt werden konnte, fand sich erst nach dem Tode. (London Hospital.)

2) Nekrose des Femurknochens, — sehr bedeutende Eiterung — Entfernung des Sequesters durch Operation. W. Hollis, 16 Jahre alt, ein kräftiger Bursche vom Lande, aufgenommen am 27. April 1852, hatte in seinem 14. Jahre einen Schlag auf den linken Oberschenkel bekommen und es folgte darauf sofort eine sehr akute Entzündung des Beines, die sich bis auf den Knochen zu erstrecken schien. Einige Wochen nach dem erhaltenen Schlage hatte sich am oberen und inneren Theile des Oberschenkels eine bedeutende Fluktuation bemerklich gemacht; ein Einschnitt entleerte eine grosse Menge Eiter und es folgte eine bedeutende mit Schmerz verbundene Suppuration, die den Knaben vollkommen darniederwarf. So wurde er in das Hospital gebracht. Kräftigende Mittel richteten ihn so weit wieder auf, dass er umhergehen konnte und ziemlich wohl aussah. Der Femurknochen zeigte sich in seiner ganzen Länge verdickt und aufgetrieben und die Nekrose war nicht zu bezweifeln. Zwei Fistelöffnungen führten zu dem todten Knochen; die eine sass innen am oberen Drittel des Oberschenkels, die andere vorn etwa 4 Zoll über der Kniescheibe. Eine Linie von der einen Fistelöffnung zur anderen kreuzte die Femoralarterie. Eine in die obere Fistelöffnung eingeführte Sonde drang fast bis zum Knie und traf überall auf todten Knochen. Der todte Knochen schien noch festzusitzen und desshalb und auch, weil noch Zeichen von Entzündung sich vorfanden, beschloss Hr. Simon, mit der Operation noch zu warten. Während des folgenden Monates bekam die untere Fistelöffnung ein sehr übles Aussehen, vergrösserte sich und sonderte viel Jauche aus. Mehrmalige Anwendung konzentrirter Salpetersäure verbesserte das Aussehen und erzeugte gesunde Granulationen und sogar eine theilweise Vernarbung. — Am 4. Dezember entschloss sich Hr. Simon, die Entfernung des Sequesters auf operativem Wege zu versuchen, obwohl er von der Beweglichkeit und dem Gelöstsein des Sequesters noch keine Ueberzeugung hatte. Die Schwierigkeit der Operation lag in der sehr bedeutenden Grösse des Sequesters und in der Lage desselben unter der Femoralarterie, aber das zunehmende Sinken des Knaben liess keine Wahl übrig. Nachdem der Knabe chloroformirt war,

machte Hr. Simon von den beiden Fistelöffnungen die Hautschnitte so, dass sie sich im Winkel mehr nach der Aussenseite zu trafen. Dadurch vermied er die Femoralarterie, drang dann behutsam zwischen den Muskeln in die Tiefe und gelangte so bis zum todten Knochen. Es hatte sich schon eine neue Knochenschaale gebildet, aber der Sequester war dennoch so gross, dass er mit der Hey'schen Säge in mehrere Stücke zerschnitten werden musste, um ihn herauszuschaffen zu können. Der Sequester betraf beinahe den ganzen Schaft des Femur. Nach und nach gingen noch immer kleine Knochenstücke ab, aber es bildete sich eine gute Eiterung und der Knabe erholte sich immer mehr. (Thomas-Hospital, London.)

3) Nekrose des Humerus — Entfernung des Sequesters mittelst der Trephine und der Hey'schen Säge. Karl B., 13 Jahre alt, ein kleiner und etwas schwächlicher Knabe, aufgenommen am 6. April 1852, war schon vor $3^1/_2$ Jahren einmal im Hospitale gewesen. Der Knabe hatte in seiner Pensionsschule, nachdem er von einem rheumatischen Fieber genesen war, beim Spiele einen Stoss auf die Schulter bekommen, der ihn jedoch nicht hinderte und worüber er in den ersten Tagen nicht klagte. Dann aber fingen das Schultergelenk und der Arm zu schwellen an; es gesellten sich dazu heftige Schmerzen, welche den Knaben sehr herabbrachten und er wurde deshalb aus der Pension nach Hause gebracht. Da er bis dahin vorzugsweise von Pflanzenkost gelebt hatte, so bekam er nunmehr kräftigere Speisen und Alterantia mit tonischen Mitteln verbunden; auf das angeschwollene Gelenk wurden warme Fomente und Blutegel applizirt. Dieses Verfahren bewirkte eine Hebung der Kräfte, aber keine Verminderung der Geschwulst. Später stellte sich ein phlegmonöses Erysipelas in der Schultergegend ein, es bildete sich Eiter in der Tiefe, nach dessen Abfluss die Anschwellung etwas abnahm. In diesem Zustande wurde der Knabe in das Hospital gebracht. Hr. Clark fand den ganzen Humerus bis zu den Kondylen aufgetrieben. Längs seiner äusseren Fläche bemerkte man 3 oder 4 granulirende zum nekrotischen Knochen führende Fistelöffnungen. Eine genaue Untersuchung ergab, dass die Nekrose über den ganzen Schaft des Humerus sich ausdehnte; da aber die Beweglichkeit des Schulter- und des Ellbogengelenkes nur wenig Veränderung erlitten hatte, so wurde daraus geschlossen, dass die Epiphysen ihre Vitalität bewahrt haben. Es wurde jedoch

die Eiterabsonderung sehr profus und es sanken die Kräfte des Knaben dabei so sehr, dass Hr. Clark schwankte, ob es nicht besser sei, die Amputation im Schultergelenke vorzunehmen. Er wurde jedoch nach Hause aufs Land geschickt und daselbst einer tonisirenden Behandlung unterworfen. Im April 1852 stellte er sich wieder ein und er war so weit gebessert und gekräftigt, dass Hr. Clark an einen operativen Eingriff zur Entfernung des Sequesters gehen konnte, der ohnedies zu einer Fistelöffnung heraussah und sehr beweglich zu sein schien. Die Operation wurde jedoch erst am 8. Mai, einen Monat nach der Aufnahme, gemacht. Sie bestand in einem 4 Zoll langen Einschnitt, und um den Sequester herauszuschaffen, musste die Trephine und die Hey'sche Säge angewendet werden. Mittelst dieser Instrumente und gleichzeitiger Benützung einer Knochenzange wurde nach und nach der ganze Schaft des Humerus herausgeholt; es blieb nichts übrig als oben der Gelenkkopf und die Höcker und unten das Kondylenende. Die etwas kallösen Integumente wurden dann an einandergebracht und mit Heftpflasterstreifen und Wasserumschlägen verbunden. Noch längere Zeit fand eine sehr üble Eiterung statt; der Oberarm bekam ein schlechtes Aussehen und es war ein schlimmer Ausgang zu fürchten. Bald aber wurde der Eiter besser; es bildeten sich gute Granulationen und im Juni wurde der Knabe in ziemlich befriedigendem Zustande entlassen; nur noch 2 kleine Oeffnungen waren am Arme vorhanden, aus denen später einige Fragmente abgingen. Ein neuer Knochen hatte sich gebildet und der Knabe konnte dann seinen Arm zur Arbeit recht gut gebrauchen. Im März 1853 sah ihn Hr. Clark wieder; die Fisteln waren vollkommen geschlossen; der Arm schien in seiner ganzen Länge gesund zu sein; aber vom Akromion bis zum äusseren Condylus war er $1^1/_2$ Zoll kürzer als der andere Arm. Die Beweglichkeit des Schultergelenkes ist ganz gut; der Knabe ist kräftig und hat keine Schmerzen; nur wird der krank gewesene Arm bei der Arbeit leichter müde, als der andere Arm. (Thomas-Hospital, London.)

4) Entzündung der Tibia bis in das Kniegelenk sich erstreckend — beginnende Nekrose des Knochens — Amputation. Eduard Y., 14 Jahre alt, aufgenommen am 18. März 1852, hatte einen Schlag auf das Bein dicht unter dem Knie bekommen. Hierauf waren Schmerz, Hitze und Anschwellung gefolgt, jedoch ging der Knabe noch eine Zeit lang umher. Etwa

14 Tage nach dem Zufalle kam er ins Hospital. Bei der Aufnahme erschien sein Allgemeinbefinden durch die fortwährende Reizung sehr ergriffen; die Anschwellung dicht unter dem Knie und im oberen Theile der Tibia war sehr bedeutend und die Empfindlichkeit sehr gross; das Kniegelenk hatte offenbar an der Entzündung Antheil genommen. Grösste Ruhe, erweichende und mildernde Umschläge, ein Anodynum gegen Abend und eine kräftige ernährende Diät bildeten die Behandlung. Zugleich wurde das Glied auf eine doppeltgeneigte Schiene gelagert. Es trat aber keine Besserung ein; die Krankheit schritt aufwärts weiter vor und an der Innenseite der Tibia bildete sich ein Eiterherd. Dieser wurde geöffnet und der Eiter herausgelassen, aber es bildete sich allmählig vollständige Hektik aus und es wurde deshalb am 15. April die Amputation über dem Knie gemacht. Der Erfolg war günstig; das Reizungsfieber verlor sich, der Stumpf heilte gut und der Knabe kam schnell wieder zu Kräften. Die Untersuchung des abgenommenen Unterschenkels ergab Folgendes: Der untere Theil der Tibia war durch Ablagerung neuer Knochenmasse verdickt und das Periosteum festsitzender als gewöhnlich. Die Ablagerung erstreckte sich von dem unteren Ende der Tibia aufwärts an der inneren Seite ihres Schaftes bis fast zur Hälfte und an der äusseren Seite bis fast zwei Drittel. Diese Ablagerung war unten dünn, wurde aber nach oben immer dicker, besonders in der Nähe des Gelenkes. Beim Durchsägen des Knochens konnte man deutlich die Scheidung des todten Knochens von dem gesunden erkennen; an einigen Stellen war ersterer noch in voller Entzündung begriffen und von Eiter umgeben. Das Kniegelenk war mit Eiter gefüllt; die Synovialmembran verdickt und etwas breiig; der Knorpel am Kopfe der Tibia grösstentheils zerstört. Auch die Kniescheibe und die Kondylen des Femur hatten an der Entzündung Theil genommen, jedoch in geringerem Grade; auch das Gelenk der Tibia mit der Fibula enthielt Eiter. Zwischen den Muskeln an der Wade fanden sich Eitersenkungen. (Thomas-Hospital, London.)

Die hier mitgetheilten Fälle sind nur insofern von Interesse, als die Entzündung des Knochens oder vielmehr der Knochenhaut und in Folge dieser Entzündung die Nekrose auf eine in der That nur unbedeutende äussere Einwirkung gefolgt war. Woher diese so grosse Wirkung auf eine so geringe Ursache? Man kann nicht sagen, dass skrophulöse Dyskrasie mit im Spiele gewesen ist, wenn

auch zwei von den Kindern eine sehr feine zarte Haut und einen etwas skrophulösen Habitus hatten. Die verschiedenen Grade der Nekrose, das, was die Natur auszurichten vermag und das, was sie ohne Hülfe der Kunst nicht durchsetzen kann, zeigen sich in diesen Fällen sehr deutlich. Nur wenn erst eine noch viel grössere Zahl von Fällen gesammelt ist, lassen sich Schlüsse daraus ziehen.

St. Mary's Hospital in London (Hr. Coulson).

Ueber Fraktur des Femur bei rhachitischen Kindern.

Es gibt vielleicht keine Diathese, die von Chirurgen mehr studirt zu werden verdient, als die skrophulöse; denn viele Uebel, die der Chirurgie anheimfallen, stehen mit dem vernichtenden oder zerstörenden Bestreben dieser Diathese in direkter oder indirekter Beziehung. Täglich lässt sich die Wahrheit dieser Behauptung in den grossen Hospitälern nachweisen, wo man fast in jedem Saale skrophulöse Entzündung der Hüfte, des Knices, des Fussgelenkes, der Knöchel, der Augen, skrophulöse Anschwellung der Hals- und Gekrösdrüsen, skrophulöse Geschwüre verschiedener Art, Lupus, Tuberkelablagerungen innerhalb einer der drei grossen Höhlen, Rhachitis u. s. w. mehr oder minder antrifft. Unser Hauptmittel, unsere Sacra anchora war noch bis vor kurzer Zeit in allen diesen Uebeln das Jod in seinen verschiedenen Darreichungsweisen, in Verbindung mit Eisen und guter Diät. Heute scheinen alle antiskrophulösen Heilwirkungen auf den Leberthran konzentrirt zu sein. Ohne allen Zweifel ist dieser Ruf, den der Leberthran erlangt hat, nicht unverdient und er thut ganz gewiss da noch viel Gutes, wo andere Mittel, die uns zu Gebote stehen, vergeblich angewendet worden sind. Inzwischen wird es aber von grossem Interesse und von bedeutender praktischer Wichtigkeit sein, Mittel und Wege zu ersinnen, um die Ausbreitung der Skropheln in allen Klassen der Gesellschaft zu vermindern; der erste Schritt zur Lösung dieses Problemes ist natürlich die Ermittelung des Wesens der Skrophulosis und ihrer eigentlichen Ursachen.

Die Symptome und Folgen der Skrophulosis sind bis jetzt sehr sorgfältig studirt und beschrieben worden und eine genaue Kenntniss aller dieser Manifestationen kann wohl auf Andeutungen

führen, um auch jenen Aufgaben einigermaassen zu genügen. Es gibt selbst hinsichtlich des Auftretens der Skrophulosis und ihrer pathologischen Wirkungen noch manche Irrthümer, die wohl widerlegt zu werden verdienen. So ist behauptet worden und wird noch überall gelehrt, dass bei rhachitischen und skrophulösen Subjekten die Vereinigung der Knochen nach Frakturen sehr langsam und zögernd geschieht. Es ist dieses aber durchaus nicht der Fall und sollte nicht als Regel aufgestellt werden, denn wenn auch bei rhachitischen Kindern die Funktionen nur langsam und unvollkommen vor sich gehen, so scheint es doch, als ob die auf den Knochenbruch folgende lokale Erregung und Entzündung hinlänglich ist, eine eben so reichliche Menge von Callus zu produziren, wie bei nicht von Skrophulosis heimgesuchten Subjekten. In dieser Beziehung sind die folgenden beiden Fälle aus der Klinik des Hrn. Coulson von Interesse.

1) Elisabeth H., 5 J. alt, aufgenommen am 25. August 1852. Sie zeigt Ueberreste partiell geheilter Rhachitis und ist immer schwach in den Beinen gewesen. An dem Tage ihrer Aufnahme war sie gefallen und hatte eine Fraktur des rechten Femur erlitten.

Das Kind ist nur 33 Zoll hoch; das Antlitz und die hervorragende Stirne tragen den charakteristischen Stempel der Rhachitis. Das linke Bein ist sehr gekrümmt, stark abgeflacht, in seinem oberen Theile etwas konkav nach vorne und aussen und in seinem unteren Theile ein wenig in entgegengesetzter Richtung gekrümmt. Einige, jedoch weniger markirte Ueberreste zeigen sich auch im rechten Beine. Der übrige Körper ist jedoch ziemlich wohl gestaltet. Bei genauer Untersuchung fand sich das rechte Oberschenkelbein ungefähr an der Verbindungsstelle des unteren Viertels mit den drei oberen gebrochen. Das Bein wurde in Schienen gelegt, von denen die äussere länger war als die innere und das Kind in strenger Ruhe im Bette gehalten. Nach Verlauf von 3 Wochen wurde der Apparat gelöst; die Verwachsung des Knochenbruches war vollständig.

Einen Monat nach dem Zufalle wurde das Kind einer neuen Besichtigung unterworfen. Das rechte Femur war in seinem unteren Theile etwas mehr gekrümmt, als das linke; die Fraktur hatte genau am hervorragendsten Theile der vorderen Konvexität stattgefunden. Ein kleiner fühlbarer Callus erwies die vollständige knochige Verwachsung des Bruches. In Folge der vorderen Kon-

vexität erschien der rechte Oberschenkel etwas missgestalteter als der linke. Sonst aber waren beide Beine genau von gleicher Länge; jedes $15^1/_2$ Zoll lang, ein Umstand, der einige Verwunderung erregte, da die etwas stärkere Kurvatur des rechten Femur eine Verkürzung des rechten Beines vermuthen liess; indessen ist diese von der Fraktur vermuthlich herrührende Konvexität durch die Verkürzung ausgeglichen worden, die das linke anscheinend gegen das rechte früher schon hatte, was sich aus seiner grösseren Krümmung im Unterschenkel deutlich ergab. In Folge dessen geht das Kind nach der Heilung der Fraktur nicht besser als früher, aber auch nicht schlechter; der Oberschenkel ist vollkommen solide und es kann den ganzen Körper ohne alle Beschwerde auf dasselbe lehnen.

2) Elisa S., 4 Jahre alt, aufgenommen am 9. Septr. 1852, sieht gut aus und hat keine auffallende Spuren der Rhachitis, obgleich sie an der Krankheit gelitten hat, wenn auch in viel geringerem Grade als das vorhin erwähnte Kind. Sie ist 34 Zoll hoch, obwohl erst 4 Jahre alt, wogegen das Mädchen im ersten Falle 5 J. alt war und nur eine Höhe von 33 Zoll hatte. Beide Unterschenkel waren etwas gekrümmt, nämlich in ihrem oberen Theile nach aussen und vorne und in ihrem unteren in entgegengesetzter Richtung konkav. Das rechte Oberschenkelbein, welches keine Verletzung erfahren hatte, war in seinem mittleren Theile nach vorne und aussen etwas konvex. Der übrige Körper wohlgestaltet.

Die Kleine, die vor Kurzem noch wegen Rhachitis in Behandlung gewesen war, war wegen der Schwäche ihrer Beine gewohnt, eiserne Stützen an denselben zu tragen. Am Tage ihrer Aufnahme in das Hospital hatte sie die eisernen Stützen nur für einen Moment bei Seite gelegt, fiel und brach den linken Oberschenkel, indem sie hintenüber fiel. Die Fraktur war einfach und sass unterhalb der oberen Hälfte des Knochens. Das Bein wurde eingeschient, wobei die äussere Schiene sehr lang war und strenge Ruhe im Bette angeordnet. Am 16. Tage hatte sich der Apparat durch die Bewegungen des Kindes etwas gelockert. Das linke Bein, in seinem Verbande gemessen, zeigte sich nur einen Zoll kürzer als das rechte. Der Apparat wurde fester gelegt, aber verschob sich nach einigen Tagen doch wieder. Am 31. Tage wurde er ganz entfernt; die Verwachsung war vollkommen geschehen. Die Verkürzung betrug nun, genau gemessen, einen

halben Zoll. Das linke Femur ist vollkommen fest, ohne dicken Callus und nur etwas gekrümmter, nach vorne konvexer als das rechte. Die Kleine wurde am 35. Tage geheilt entlassen.

In diesen beiden Fällen genügte weniger als ein Monat, um Konsolidation der Fraktur des Femur zu Stande zu bringen; es ist dieses eine kürzere Frist, als durchschnittlich zur Heilung dieser Fraktur bei gesunden Subjekten erfordert wird. „Dieser Umstand, bemerkte Hr. Coulson, führt uns auf einen anderen die Verwachsung von Frakturen betreffenden Punkt, nämlich auf die längere oder kürzere Zeit, die die Kallusbildung bei säugenden Frauen erfordert. Im ersten Augenblicke sollte man meinen, dass bei diesen die Kalluserzeugung sehr langsam oder zögernd von Statten gehen müsse, da eine grosse Portion der ernährenden Säfte durch die Mammen entzogen wird, aber die Erfahrung erweist das Gegentheil, und daraus, so wie aus vielen anderen Thatsachen, lässt sich deutlich erkennen, dass die Natur auch unter ganz missgünstig scheinenden Verhältnissen vollkommen im Stande ist, die Konsolidation eines gebrochenen Knochens zu bewirken". Bei rhachitischen Kindern fehlt es nicht an ernährenden Elementen, zumal wenn sie bei guter Diät gehalten werden, Leberthran, Eisen u. s. w. nehmen; nur haben die ernährenden Elemente ihre Richtung nicht nach den Knochen und es ist sehr wahrscheinlich, dass die Fraktur den kräftigsten Reiz abgibt, diese Richtung zu bewirken.

Hôpital-Necker in Paris (Klinik von Guillot).

Konstitutionelle Syphilis bei ganz kleinen Kindern.

Die Frage über das Vorkommen der konstitutionellen Syphilis bei ganz kleinen Kindern, eine Frage, die in neuester Zeit vielfach erörtert worden ist, gewährt immer noch ein gewisses Interesse, da wohl konstatirte Fälle gewisse Doktrinen umstürzen, welche von gewichtigen Autoritäten in Geltung gebracht worden sind. Das Kind, welches Hrn. Guillot Anlass gab, seine Ansicht auszusprechen, ist einen Monat alt und zeigt in seinem äusseren Habitus wenn nicht alle, doch die meisten charakteristischen Merkmale der konstitutionellen Syphilis. Man sieht an ihm nicht die geringsten Spuren des primären Schankers, der, wie man

weise, überhaupt nur äusserst selten bei ganz kleinen Kindern angetroffen worden ist und überhaupt nur durch eine direkte Infektion beim Durchgange durch die Geburtstheile intra partum entstehen kann. Die Epidermis an den Füssen sieht man flockenweise in Form grosser Pemphigusblasen in die Höhe gehoben; unterhalb derselben hat sich eine neue Epidermis gebildet; der freie Rand an den Nägeln der Zehen zeigt eine kupferrothe Farbe und auch an den Fersen sieht man diese Röthe. Die äussere Haut und besonders auf dem Bauche und Hinterkopfe ist mit rothen Flecken besäet und an einigen Stellen gewahrt man Papeln, welche folgende Charaktere darbieten: einige sind schon alt und zeigen eine mehr oder minder dunkelbraune Farbe; sie sind unregelmässig und haben 4 bis 5 Millim. im Durchmesser. Die anderen Flecke sind frischer, seit etwa 1—2 Tagen entstanden und kupferroth. Durch den Druck erblassen sie, röthen sich aber bald wieder. — Sie sitzen besonders auf der Stirne, hinter den Ohren und auf der äusseren Seite der beiden Vorderarme. Bei längerem Bestehen bräunen sie sich, werden schwärzlich und verschwinden nun nicht mehr unter dem Drucke des Fingers. Im Gegentheile treten sie durch den Druck stärker hervor, weil durch denselben die umgränzende Haut blasser wird. Hr. Guillot sieht hierin ein diagnostisches Merkmal.

Was die Schleimhäute betrifft, so ist der Mund unversehrt, aber in dem einen Mundwinkel sieht man eine beginnende Erhebung, die nichts weiter zu sein scheint, als ein in der Bildung begriffenes sogenanntes muköses Tuberkel (breites Kondylom). Bald wird die Oberhaut sich abstossen und dann wird eine krankhaft sezernirende Stelle entstehen. Ausserdem ist Coryza vorhanden; das Epithelium, welches die innere Fläche des äusseren Naseneinganges auskleidet, hat sich abgelöst und aus der entblösten Fläche sondert sich eine serös-eiterige Flüssigkeit aus. Die Ohren sind frei, die Umrandung der Afteröffnung aber ist auf ähnliche Weise erkrankt; sie ist dunkel geröthet und stellenweise exkoriirt und die weitere Umgebung, das heisst die Gegend zwischen den Nates und auf der inneren Fläche beider Oberschenkel, ist ebenfalls geröthet, aber blasser. — Bei einem Erwachsenen würde wahrscheinlich neben diesen Erscheinungen eine Anschwellung der Leistendrüsen vorhanden sein; bei diesem Kinde bemerkt man nichts davon und ebensowenig irgend eine andere Drüsenanschwellung. Das Knochensystem erscheint nirgends ergriffen. Die

Brustorgane zeigen ebenfalls nichts Krankhaftes; ebensowenig die Verdauungsorgane; die Zunge ist rein, die Thätigkeit des Darmkanales normal.

Die Mutter des Kindes gesteht auf weitere Nachfrage, dass sie mit einem Manne zu thun gehabt hatte, der an Bubonen litt und Merkurialpillen genommen hat. Sie selber, die Mutter, hatte im Laufe ihrer Schwangerschaft ähnliche Knoten (breite Kondylome oder muköse Tuberkeln), die durch mehrmalige Kauterisation mit Höllenstein geheilt worden sind.

Hiernach war also eine syphilitische Infektion des Kindes nicht zu bezweifeln. Die Frage ist nur, zu welcher Zeit das syphilitische Gift auf das Kind übertragen worden sein mag. Man weiss, dass diese Uebertragung entweder beim Akte der Schwängerung, oder von der Mutter während des Intra-Uterinlebens oder endlich während des Geburtsaktes auf das Kind übertragen werden kann. Welche von diesen drei Infektionsweisen hier stattgefunden, lässt sich schwer bestimmen.

Wenn der Zustand dieses Kindes sich selbst überlassen bleibt, was wird dann geschehen? Ohne Zweifel werden alle die beschriebenen Erscheinungen stärker hervortreten. Die Flecken auf der Haut werden sich vermehren; die mukösen Tuberkeln werden sich entwickeln; bald werden sie nach Abstossung der Epidermis eine serös-purulente Sekretion veranlassen; der Ausfluss aus der Nase wird jauchiger und stinkender werden; um den After herum werden sich Geschwüre bilden, das Erythem zwischen den Beinen und den Nates wird zunehmen. Verschiedene Hautausschläge werden sich erzeugen, und bald wird das Kind, von allen diesen Zufällen erschöpft, in Marasmus versinken; es wird sich Diarrhoe einstellen; dann wird Oedem folgen; in der Brust wird man ein mehr oder minder reichliches Rasseln vernehmen und der Tod wird zuletzt diesem Komplexe sekundärer syphilitischer Symptome ein Ende machen.

Was würde man dann in der Leiche finden? Vielleicht die Spuren einer Enteritis, die Mancher geneigt sein möchte, auf Rechnung der syphilitischen Vergiftung zu setzen. In den Lungen wird man vielleicht eine Pneumonie mit tuberkulöser Infiltration antreffen, wenn in der Familie das Tuberkelleiden einheimisch ist.

Was die fibrös-plastische Lymphe betrifft, die man in neuester Zeit auf den Lungen und der Leber syphilitischer Neugeborenen angetroffen hat, so findet Hr. Guillot darin nichts Besonderes;

da solche Lymphe auch bei ganz gesunden Kindern in allen Organen, in den Lungen, der Leber, der Milz u. s. w. gefunden wird. Er hat eine Anzahl Versuche gemacht, welche zu beweisen scheinen, dass man einem Organe z. B. der Leber, jedesmal ein eben solches kadaverisches Ansehen geben kann, wie es Hr. Gubler als Folge der syphilitischen Intoxikation betrachtet hat. Wäscht oder spült man die Leber eines neugeborenen Kindes mittelst kräftiger in die Pfortader gemachter Einspritzungen aus und beraubt sie auf diese Weise eines grösseren oder geringeren Theiles ihres Blutes, so entfärben sich einzelne Portionen des genannten Organes und zeigen eine helle Lederfarbe, so dass sie ganz genau den von Hrn. Gubler beschriebenen Flecken gleichen. Die genaueste mikroskopische Untersuchung, die Hr. Guillot zu wiederholten Malen vornahm, gewährte in der Leber syphilitischer Neugeborenen durchaus nichts Besonderes, was sich nicht in der Leber gesunder Neugeborenen fände.

Die Erscheinungen, die das Kind darbot, hält Hr. Guillot nicht für ansteckend. Unter 70 bis 80 syphilitischen Kindern, die er im Findelhause beobachtet hat und unter einer nicht viel geringeren Zahl, die er in den Sälen des Neckerhospitales vorgehabt hat, hat er kein Beispiel von Ansteckung erlebt. Die mit sekundären syphilitischen Symptomen behafteten Kinder haben täglich die Brust einer Amme genommen, ohne diese zu infiziren. Umgekehrt hat Hr. Guillot auch Ammen gesehen, die an sekundärer Syphilis litten und niemals die von ihnen gesäugten Kinder ansteckten. Er will daraus keineswegs den Schluss ziehen, dass man sich erlauben dürfe, einem Neugeborenen eine syphilitische Amme zu geben. Der Eckel, den die Syphilis oder nur der Gedanke an sie erregt, ist an sich schon Grund genug, eine mit dieser Krankheit behaftete Amme zurückzuweisen, allein man kann wenigstens hinsichtlich der wechselseitigen Uebertragung zwischen Amme und Kind beruhigt sein.

Welcher Behandlung wird das Kind, von dem hier die Rede gewesen, zu unterwerfen sein? Ausser einer passenden Ernährung durch eine gute und gesunde Amme oder, wenn solche nicht zu haben, durch eine gute, wohlberechnete Kost, muss eine angenehme, milde Temperatur um das Kind erhalten oder dasselbe der Sonnenwärme ausgesetzt werden. Dabei muss zugleich eine spezifische Einwirkung durch Merkur geschehen. Die Merkurialpräparate pflegen gewöhnlich in solchem Falle sehr gut zu thun; sie

wirken bei kleinen Kindern schneller und eindringlicher als bei Erwachsenen. Es ist dieses längst bekannt und von allen den genannten Präparaten erweist sich das Kalomel und das Protojodür am besten. Hr. Guillot gibt dem letzteren den Vorzug und verordnet es so kleinen Kindern in flüssiger Form und setzt dazu so viel weissen Syrup, dass ein Säftchen daraus entsteht; davon lässt er Kinderlöffelweise einnehmen. Die Dosis ist von Umständen und dem Alter des Kindes abhängig; man fängt mit einer sehr kleinen Dosis an und steigt behutsam und allmählig. Ein zu rascher Gebrauch kann üble Zufälle erzeugen und doch die Syphilis nicht tilgen und dann ein sehr bösartiges Gemisch dieser Krankheiten mit den Wirkungen des Merkurs erzeugen. — Dabei wendet Hr. Guillot auch Merkurialbäder an, die er sehr kräftig gibt. Er nimmt zu einem Bade für ein kleines Kind 10 Grammen (etwa 162 Gran) Sublimat und 6 Grammen (etwa 97 Gran) Ammonium muriaticum. Ein solches Bad gibt er dem Kinde täglich.

IV. *Gelehrte Gesellschaften und Vereine.*

Medical Society in London.

Ein fremder Körper in dem Bronchus eines Kindes nach zehnmonatlichem Aufenthalte ausgehustet.

Die zwei Jahre alte Tochter eines Zimmermannes in Barbadoes verschluckte, beim Spiel mit den Saamen des Zuckerapfels (Sugar-apple), einen solchen Saamen (von der Gestalt und Grösse einer grossen Kaffeebohne). Dieser Same drang ihr in die Luftröhre; es war dieses am 19. Juni 1846 geschehen. Das Kind litt furchtbar, konnte nicht athmen, nicht schlafen, hatte Konvulsionen und musste stets aufrecht sitzen, um nicht zu ersticken; sie warf öfter Blut aus. So verhielt sich das Kind mit wenigen Unterbrechungen bis zum 10. April 1847, als es durch plötzliches Aufhusten den in gelbem gallertartigem Stoffe eingehüllten Samen auswarf. Wäre, meint Hr. Cresp, in diesem Falle die Tracheotomie gemacht worden, so wäre die Operation ganz gewiss nutzlos, vielleicht tödtlich gewesen.

Aufsteigender und absteigender Krup.

Es scheint wirklich zwischen dem in England und dem in Frankreich vorkommenden Krup ein eigenthümlicher Unterschied obzuwal-

ten, auf den aufmerksam gemacht werden muss, da er zum Theile die verschiedenen Meinungen über die beste Behandlung erklärt. In der Mehrzahl der Fälle in Frankreich scheint die exsudative Entzündung (Diphtheritis) im Rachen oder oberen Theile des Schlundes zu beginnen, dann abwärts sich zu verbreiten, auf diese Weise den Kehlkopf zu ergreifen und endlich bis in die Luftröhre und vielleicht auch bis in die Bronchen sich zu verbreiten (Croup descendant, absteigender Krup); in seltenen Fällen dagegen beginnt die ausschwitzende Entzündung in den Bronchen und steigt aufwärts längs der Trachea bis in den Kehlkopf u. s. w. (croup ascendant, aufsteigender Krup). In England scheint dagegen das Verhältniss gerade das entgegengesetzte zu sein; die kleinere Zahl der Fälle ist absteigender, die grössere Mehrzahl der Fälle aufsteigender Krup. In Deutschland scheint die eine Form eben so häufig zu sein, als die andere. — Es ist einleuchtend, dass bei dem absteigenden Krup, wenn man früh genug kommt, die Prognose günstiger ist, als beim aufsteigenden; denn man kann mit äusseren Mitteln kräftiger einwirken und eher der exsudativen Entzündung Halt gebieten. Die eigentliche Gefahr liegt in der Affektion des Kehlkopfes und dadurch bewirkten Verengerung oder Verschliessung der Stimmritze so wie in der Verschliessung der kleinen Bronchialzweige oder der Lungenzellen durch plastisches Exsudat. Erstere Gefahr lässt sich durch die Tracheotomie abwenden, letztere aber nicht. Ein gutes Beispiel des aufsteigenden Krups erzählte Hr. Wald. Das Kind, das am Krup gestorben war, war ein vier Jahre altes Mädchen. Die Basis der Zunge, die Mandeln, das Zäpfchen und der weiche Gaumen waren ganz frei von exsudativer Entzündung; nur die kleineren Bronchien und die grösseren Bronchen und der untere Theil der Luftröhre waren der Sitz des Exsudates; ein Theil des Kehlkopfes war auch davon eingenommen. In einem von Wilshire beobachteten Falle, welcher ebenfalls ein 4 Jahre altes, am Krup gestorbenes Mädchen betraf, war weder an der Basis, noch auf den Mandeln, noch am Zäpfchen, noch sonst wo im Rachen Exsudat zu sehen; eben so frei waren auch die Lungen, das Bronchialgezweige und die Trachea. Nur allein der Kehlkopf war der Sitz der exsudativen Entzündung. In diesem Falle wäre also die Tracheotomie von Erfolg gewesen; im ersteren aber ganz gewiss nicht. Hr. Wilshire schliesst seinen Vortrag mit der Bemerkung, dass die Tracheotomie in Fällen von Krup nur dann gerechtfertigt sei, wenn 1) das

Exsudat abwärts nicht über den Kehlkopf hinausgeht; 2) wenn die Operation recht früh gemacht werden kann, bevor durch die gehinderte oder unterbrochene Respiration ein Sinken der Lebenskräfte und besonders des Gehirnlebens in Folge der mangelhaften Dekarbonisation des Blutes eingetreten ist und 3) wenn der Kranke in solchen äusseren Umständen und in solcher Wartung und Pflege sich befindet, dass man hoffen kann, die Anordnungen hinsichtlich der Nachkur alle mit grosser Umsicht und Sorgfalt befolgt zu sehen. Wie die Sachen aber jetzt stehen, so lässt sich noch nicht diagnostiziren, ob in einem Falle von Krup die exsudative Entzündung auf den Kehlkopf beschränkt geblieben oder nicht, ob sie von unten aufgestiegen oder nicht und dann wird man gewöhnlich erst sehr spät, nachdem viele Mittel vergeblich versucht worden sind, zu dieser Operation zugelassen. Endlich gibt nur ein Krankenhaus, selten aber die Privatpraxis die Gewähr für die recht sorgsame und genaue Befolgung der Vorschriften für die Nachbehandlung (z. B. die stete Reinigung der in die Wunde eingelegten Röhrchen, die gleiche und stets warme Temperatur des Zimmers, die sehr behutsame Darreichung von Getränk, damit nichts davon in den Kehlkopf gerathe u. s. w.).

Epidemiologische Gesellschaft in London.

Ueber Vaccination und ihr Verhalten zur Variola und zu anderen Exanthemen.

In einem sehr interessanten, auf eine grosse Anzahl von Aktenstücken und brieflichen Mittheilungen sich stützenden Berichte erwies Hr. Waller Lewis folgende Punkte:

1) dass die Vaccination immer noch einen ausgezeichneten Schutz gegen die Variola gewährt;

2) dass, wenn sie gehörig und mit Sorgfalt vorgenommen worden, sie in manchen Fällen noch wirksamer gegen die letztgenannte Krankheit schützt, als die Inokulation;

3) dass sie andere Exantheme, namentlich die Masern, milder zu machen scheint, da diese bei Nicht-Vaccinirten im Allgemeinen viel bösartiger und heftiger auftreten, als bei Vaccinirten;

4) dass weder Vaccination, noch Inokulation, noch selbst-

ständige Variola immer und jedesmal gegen eine neue Variola-Infektion schützt;

5) dass die Variola manche Menschen zweimal, dreimal, ja noch öfter befällt;

6) dass es Individuen gibt, bei welchen weder Vaccination, noch Inokulation, noch zufällige Variola-Ansteckung eine Wirkung hat;

7) dass diese eigenthümliche Unempfänglichkeit sowohl, als andererseits eine ungewöhnlich grosse Empfänglichkeit für Vaccine und Variola manchen Familien eigenthümlich ist und

8) dass gewisse Gesundheitsmaassregeln auf die Verbreitung der Variola einen eben so grossen Einfluss haben, als auf andere Epidemieen.

Hr. L. glaubt durch alle seine mit grosser Umsicht angestellten Forschungen und Vergleichungen zu folgenden Gesetzen gelangt zu sein:

a) die Variola ist eine Krankheit, zu der jeder Mensch einmal in seinem Leben geneigt ist, wenn er nicht davor geschützt wird;

b) nur wenige Menschen bilden hiervon eine Ausnahme; sie werden weder von der Variola ergriffen, noch haftet jemals die Vaccine bei ihnen;

c) dagegen gibt es auch wieder Menschen, die eine so grosse Empfänglichkeit für die Variola besitzen, dass sie diese Krankheit wieder bekommen, wenn sie sie auch schon einmal oder zweimal überstanden haben, oder wenn sie inokulirt oder vaccinirt gewesen sind. Bei solchen Menschen scheint eine sehr oft wiederholte Vaccination das einzige Schutzmittel zu sein;

d) endlich scheint zwischen diesen beiden Extremen die Empfänglichkeit in allen Abstufungen und Spielarten vorzukommen.

Pathological Society in London.

Chronisches Hüftgelenkleiden, bei welchem der Kopf des Femur nicht nur sich dislozirt, sondern auch vom Schafte sich losgelöst hatte.

Ein abgemagerter Knabe, 12 Jahre alt, hatte seit langer Zeit ein chronisches Hüftgelenkleiden, an dem er endlich zu Grunde ging. Die Haut über dem grossen Trochanter war ulzerirt und der Knochen entblösst; mehrere andere Fistelöffnungen waren noch um das Hüftgelenk herum vorhanden. Ein sehr grosser Eiterherd fand sich vorne

und oben am Oberschenkel, erstreckte sich bis über die Rückenfläche des Darmbeines und hing mit der Pfanne zusammen; das Peupart'sche Band bildete eine Brücke über diesem grossen Eiterherde und innerhalb des Beckens fand sich auch Eiter. Der Oberschenkel war gegen den Bauch flektirt und was anfangs der Femurkopf zu sein schien, lag in der Pfanne; das darin ruhende Ende des Femur war abgerundet, aber ebenso, wie die Pfanne selber, vom Knorpel entblösst. Bald ergab sich, dass der wahre Kopf des Femur sich ganz wo anders befand, nämlich in einer von verdichtetem Zell- und Muskelgewebe oberhalb und zwischen der Pfanne und der Incisura ischiadica major gebildeten Kapsel. Er erschien als eine harte, knochige Halbkugel ohne alle Spuren von Knorpel; seine konvexe Fläche war glatt, die platte dagegen unregelmässig durch verschiedene Erhöhungen und Vertiefungen. Das vordere Fünftel des Acetabulum war gesund und mit Knorpel bedeckt, die übrigen vier Fünftel jedoch waren entblösst; die Stelle dicht über der Pfanne auf der Rückenfläche des Darmbeines war mit Lymphe bedeckt und erweicht, aber sonst war diese Fläche mit Muskelmasse bedeckt, welche die Wände des Eiterherdes bildete. Die knorpelige Epiphyse des Darmbeinkammes lag ebenfalls im Eiterherde, war entblösst und von festsitzender Lymphe bedeckt. Der interessanteste Punkt war die Lösung des Gelenkkopfes vom Femur; offenbar hat derselbe Ulzerationsprozess, welcher den Kopf von der Pfanne gelösst, jenen auch aus seiner noch nicht vollkommen verknöchert gewesenen Verbindung mit dem Schafte losgemacht. Ganz gewiss hat Ersteres früher stattgefunden, als Letzteres; das Femur hat sich nämlich erst aus der Pfanne dislozirt und dann erst, nachdem es mit seinem Kopfe eine Art neuer Gelenkhöhle sich gebildet hatte, hat dieser sich vom Schafte abgelöst. Diese Ablösung ist wohl durch Eiterung geschehen, oder, wie Einige der Anwesenden vermuthen, durch eine längere Zeit nach der Dislokation stattgefundene Fraktur im Halse des Femur.

Ein Gewächs im Gehirne mit eigenthümlichen Erscheinungen.

Ein Knabe war bis über das siebente Jahr hinaus vollkommen gesund; dann fing er an zu kränkeln, verlor seinen Appetit, wurde unruhig und hatte häufigen Drang zum Urinlassen. Seine Mutter bemerkte, dass er seinen Arm sehr oft

ganz nach hinten zog und ihn zuletzt in dieser Stellung fixirte. Ein Wechsel des Aufenthaltes erwies sich ihm im Sommer 1852 sehr nützlich; er wurde wieder etwas kräftiger, aber im September 1852 bekam er Durchfall, klagte über Kopfschmerz, wurde wieder unruhig und schwatzte viel, aber fing an, zu stottern. Dabei wurde sein Gang unstät, sein Wesen kindischer und sein Antlitz bekam den Ausdruck eines fast blödsinnigen Lächelns. Sein Appetit wurde gefrässig, obwohl er nach jedem Mahle Alles erbrach, was er zu sich genommen hatte. Dr. Rees sah den Knaben zuerst im Oktober; er fand ihn blass und abgemagert, äusserst unruhig und schwatzhaft, aber nicht delirirend; er schielte ein wenig und konnte mit dem rechten Auge nicht mehr sehen. Er verlangte beständig umherzuwandern und that dieses in einem wälzenden, schwankenden Gange, stets von den Gegenständen rund umher plaudernd, wobei sein Antlitz immer den Ausdruck des sonderbarsten Lachens darbot. Seine Zunge war rein; der Darmkanal träge; steter Drang zum Urinlassen, Puls 96 und regelmässig. Nach diesem ersten Besuche sah Hr. Rees den Knaben nicht wieder, hörte aber, dass seine Symptome sich sehr verschlimmerten. Er fing an, heftig aufzukreischen und wurde auch auf dem anderen Auge blind, schlafsüchtig und komatös. Damit verband sich die hartnäckigste Verstopfung und seine Harnblase konnte auch nicht die kleinste Quantität Urin behalten. Dann stellten sich periodische Frostschauer ein, ihnen folgten reichliche Schweisse und endlich starb der Knabe am 27. Dezember im Zustande grösster Erschöpfung.

Leichenschau. Der Körper war sehr abgemagert; die Dura mater sass am Schädel nicht besonders fest an; die Hirnhäute waren gesund; keine Flüssigkeit in den Hirnhöhlen. Nach Entfernung des Gehirnes sah man einen Tumor in dem Raume zwischen dem mittleren und vorderen Gehirnlappen. Der Tumor war birnförmig, etwa 3 Zoll lang und $1^1/_4$ Zoll in seinem grössten Querdurchmesser. Das schmale Ende des Tumors befand sich etwa 3 Linien vom Pons Varoli zwischen den Crura cerebri und dem mittleren Lappen, während das dickere Ende unter dem rechten vorderen Lappen und etwas in ihm eingebettet lag; diese Portion des ebengenannten Lappens hatte anscheinend durch die vom Druck bewirkte Absorption ihre graue Substanz verloren. Der rechte optische Nerv war nicht zu finden und es war sehr zu bedauern, dass die Fäulniss die Konsistenz und Struktur des Thalamus op-

tieus und der angrenzenden Gehirnportion schon so verändert hatte, dass nichts Genaues mehr festzustellen war. Der linke Nervus opticus sass an der Seite des Tumors fest an und wich von seinem normalen Verlaufe ganz ab. Das hintere Ende des Tumors schien auf der dritten Hirnhöhle zu liegen, deren Boden entfernt war, während die andere Portion des Tumors durch etwas Zellgewebe mit der angrenzenden Gehirnfläche verwachsen war. Die Brustorgane waren gesund, nur der untere Lappen der linken Lunge war hepatisirt, aber ohne Tuberkelablagerung. Die Gekrösdrüsen waren aufgetrieben, aber ebenfalls ohne Tuberkelablagerung. Was die Symptome betrifft, die im Leben beobachtet worden sind, so lassen sie sich alle aus der Entstehung und Zunahme des Tumors so ziemlich erklären. Er schien, nach der Rigidität des nach hinten gezogenen linken Armes, welche eines der ersten Symptome gewesen war, nahe am rechten Crus cerebri begonnen und beim Wachsen den Opticus, den dritten Hirnnerven, den rechten Olfactorius und die graue Substanz des rechten vorderen Lappens involvirt zu haben, worauf der nach und nach sich einstellende Gesichtsverlust, Strabismus und geschwächter Zustand der Intelligenz hinwies.

V. Das Wissenswertheste aus den neuesten Werken und Zeitschriften.

Ueber die primäre und sekundäre Affektion der serösen Häute beim Scharlach und bei der Bright'schen Krankheit.

Dass die serösen Häute beim Scharlach durch die Wirkung des spezifischen Giftes primär ergriffen werden können, so gut wie die Cutis, darüber ist wohl kein Zweifel. Es sind Fälle genug bekannt, wo mit der Eruption des Scharlachs Meningitis, Pleuritis, Pericarditis oder Peritonitis sich verbanden oder wo, ohne dass die kutane Eruption zu Stande kam, die Ergriffenen vornweg unter den Erscheinungen der Meningitis oder der Pleuritis, Pericarditis u. s. w. starben und wo dann Ergüsse in den genannten serösen Höhlen sich vorfanden. Ganz verschieden davon sind die Fälle, wo der Eruption des Scharlachs oder in der späteren Periode desselben die serösen Häute ergriffen werden; hier ist die Affektion der obengenannten Häute nicht die direkte Wirkung des spezifischen Scharlachgiftes, sondern die Folge der

Erkrankung der Nieren, wodurch die Ausscheidung gewisser Elemente aus dem Blute, namentlich des Harnstoffes, gehindert wird. Auf diesen sehr bedeutenden Unterschied der primären und der sekundären Affektion der serösen Häute beim Scharlach ist noch fast gar nicht aufmerksam gemacht worden und doch ist dieser Unterschied für Prognose und Behandlung von grösster Wichtigkeit. Die Hrn. Burrows und Kirkes in London haben in ihren neuesten Vorlesungen über klinische Medizin und Pathologie (London medical Times, Nr. 717, June 1853 S. 644) über diesen Gegenstand sich näher ausgesprochen. Schon Bright hat die Geneigtheit der serösen Häute zu sekundärer Entzündung im Verlaufe einer chronischen Nierenaffektion erkannt und darin die grösste Gefahr dieser letzteren gesehen. Wenn in den späteren Perioden des Scharlachs die Harnsekretion in den Nieren durch Affektion dieser letzteren eine Störung erleidet, so treten diese sogenannten sekundären Entzündungen der serösen Häute oft sehr deutlich, oft aber auch schleichend auf. Die Hrn. Burrows und Kirkes äussern sich darüber folgendermaassen: „Wenn es auch vollkommen feststeht, dass die serösen Membranen, so wie andere Texturen, im Verlaufe der Bright'schen Nierenkrankheit zur Entzündung geneigt sind, so hat doch diese Entzündung der serösen Gebilde gewisse Eigenthümlichkeiten, welche bis jetzt noch nicht hinlänglich beachtet worden sind. Da aber diese Eigenthümlichkeiten auf die Ursache dieses sekundären Entzündungsprozesses ein deutlicheres Licht werfen und auch für die Behandlung von Bedeutung sind, so ist ein genaueres Eingehen in dieselben hier wohl am Platze. Zuvörderst ist zu bemerken, dass in jedem Stadium der chronischen Nierenerkrankung eine Neigung zu Ergüssen in die serösen Höhlen des Körpers so wie in das lockere Zellgewebe vorhanden ist. Die ergossene Flüssigkeit unterscheidet sich in ihrer Zusammensetzung eben so, wie in der sie erzeugenden Ursache, durchaus von dem hydropischen Ergusse in Folge von Herzleiden. Bei letzteren ist das Hinderniss in der Blutströmung die Ursache einer reinen mechanischen Ueberfüllung der Kapillargefässe, welche endlich ihres flüssigen Inhaltes durch Ausschwitzung sich entledigen. Bei der Erkrankung der Nieren aber ist das Blut mit den Stoffen überladen, die durch sie ausgeschieden werden sollten und der Erguss in die serösen Höhlen und in das lose Zellgewebe ist lediglich die Folge des krankhaft beschaffenen Blutserums. Bei dem Hydrops cardiacus (dem durch

Herzleiden bewirkten Hydrops) ist die ergossene Flüssigkeit gewöhnlich klar und von blassem Strohgelb bis Dunkelgelb variirend; beim Hydrops renalis (dem durch Nierenerkrankung bewirkten Hydrops) ist die ergossene Flüssigkeit immer etwas trübe oder opalisirend, bisweilen molkig oder milchig und gewöhnlich hellweiss oder fast farblos. Bei ersterem Hydrops ist der Erguss frei von Harnstoff; beim H. renalis dagegen enthält er denselben in wohl erkennbarer, oft sehr bedeutender Menge." Simon geht so weit, zu behaupten, dass jedesmal, wenn die Nieren erkrankt sind, Harnstoff sich im Blute findet. Dem mag sein, wie ihm wolle, so ist entschieden, dass beim Hydrops renalis das Blut Harnstoff enthält; mit diesem Stoffe ist vorzugsweise das Serum des Blutes überladen; er befindet sich darin in Auflösung und so ist sehr wohl erklärlich, dass beim Durchschwitzen durch die Kapillargefässe das Serum den Harnstoff mit sich führt. „Der Gegenwart dieses exkrementitiellen Stoffes im Serum, sagen die Hrn. Burrows und Kirkes, kann wohl die sekundäre Entzündung der serösen Häute bei Nierenkrankheiten vorzugsweise zugeschrieben werden. Bei der äusserst zarten und reizbaren Beschaffenheit der genannten Membranen können wir uns wohl nicht wundern, wenn eine mit Harnstoff geschwängerte Flüssigkeit dieselben, die nur an ein mildes einfaches sie befeuchtendes Sekret gewohnt sind, in Entzündung versetzt. Dieses muss um so mehr der Fall sein, als die ausgeschwitzte Flüssigkeit innerhalb der serösen Höhlen verbleibt und nicht, wie die Absonderungen von den Schleimhäuten, ausgeführt werden kann. Das innerhalb der serösen Höhlen mit Harnstoff geschwängerte Sekret wirkt ganz gewiss auf die Wände als lokaler Reiz. Dieselbe Wirkung hat auch offenbar der harnstoffhaltige Erguss in dem losen Zellgewebe der Peripherie des Körpers oder der tieferen Organe. Nur die Schleimhäute haben, wie gesagt, den Vortheil voraus, dass sie nicht nur durch Schleimüberzug zum Theil gegen den Kontakt des Reizes geschützt werden, sondern dass auch das reizende Sekret von ihnen weggeführt wird."

Die so durch das harnstoffhaltige Sekret erzeugte Entzündung der serösen Häute, die wir die sekundäre genannt haben, unterscheidet sich in ihrem Auftreten von der primären oder durch andere Ursachen erzeugten Entzündung derselben. Es zeigt sich dieses am deutlichsten beim Scharlach, wo bekanntlich die Erkrankung der Nieren als erster Anlass zur Zurückhaltung des

Harnstoffes im Blute häufig genug vorkommt. Die hier gemeinte sekundäre Entzündung kommt schleichend heran, ohne die allgemeinen oder lokalen Erscheinungen, welche sonst die Entzündung der serösen Häute zu begleiten pflegen. Weder Schmerz noch Fieber gibt sich zu erkennen und oft wird erst nach dem Tode oder im Leben bei zufälliger Auskultation die Ergiessung in die Pleurahöhle aufgefunden. Ausserdem beginnt diese Entzündung meistens in mehreren serösen Membranen gleichzeitig und zwar ohne alle äussere Veranlassung, z. B. ohne dass Erkältung vorausgegangen ist, so dass ihre Entstehung nicht anders zu erkennen ist, als durch Kontamination des Blutes. Ihre Dauer geht gewöhnlich weit über die Zeit der primären Entzündung der serösen Membranen hinaus. Die Produkte des sekundären Entzündungsprozesses unterscheiden sich ebenfalls von denen des primären. Statt der lebhaften Röthe der ergriffenen Membran und der abgelagerten Schichten fester, fibrinöser, mit Eiter gemischter Lymphe findet man gewöhnlich in den Leichen nach der sekundären Entzündung nur eine sehr geringe Vaskularität der ergriffenen Membran und eine weiche, rahmige, flockige Lymphe, welche in einer hellen, milchigen Flüssigkeit schwimmt und selten in festeren Schichten sich abgelagert hat.“ — Kurz, die sekundäre Entzündung ist schleichend, chronisch, ohne alle Symptome oder Charaktere. Diese Eigenthümlichkeit ist theils der allgemeinen Schwäche und Anämie zuzuschreiben, welche die Erkrankung der Nieren fast immer herbeiführt; in grossem Maasse aber auch ist sie abhängig von der Ursache, welche zu der Entzündung Anlass gegeben hat, nämlich von der abnormen und reizenden Beschaffenheit der in die serösen Höhlen ausgeschwitzten Flüssigkeit, die gleich dem Blutserum mit den eigentlich auszuführenden Elementen des Harnes mehr oder minder überladen ist. Je nach dem Gehalte an Harnstoff wirkt das genannte Sekret auf die Wände der serösen Höhlen, in denen es sich angesammelt hat, mehr oder minder reizend. Daraus mag das eigenthümlich trübe, schmutzig-milchige Ansehen der verschiedenen serösen Häute und der blasse, etwas trübe oder flockige Charakter des Sekretes selber, das man so häufig in den an Hydrops renalis Gestorbenen antrifft, herkommen.“

Es ist hierbei ganz gleichgültig, ob die Erkrankung der Nieren einen mehr akut entzündlichen Charakter hat, wie beim Scharlach, oder auf andere Weise sich gebildet hat; es genügt,

dass die Nieren gehindert sind, ihre Funktion, das heisst die Wegführung schädlicher Elemente aus dem Blute, gehörig zu verüben. Enthält die seröse Flüssigkeit eine beträchtliche Menge Harnstoff in Folge plötzlich eingetretener Strukturveränderung der Niere und wird durch irgend einen Einfluss die Wegführung dieses Serums aus dem Blute mittelst eines Ergusses in's Zellgewebe oder mittelst einer katarrhalischen Aussonderung plötzlich gehemmt oder unterbrochen, so erzeugt sich sofort Reizung und Entzündung in den serösen Häuten und verstärkter in ihren Höhlen, die den Tod zur Folge hat.

Die folgenden von Burrows und Kirkes mitgetheilten Fälle, die gerade nicht zu den seltenen gehören, setzen das Gesagte noch deutlicher an's Licht.

1) Jane Robinson, 7 Jahre alt, mit bedeutender allgemeiner Hautwassersucht, am 25. Oktober 1849 in das Bartholemäus-Hospital aufgenommen, zeigt das eigenthümliche, blasse, wächserne Aussehen, das bei Nierenkrankheiten so häufig ist, besonders bei Kindern. Die Kleine hat einen trockenen, pfeifenden Husten und etwas Beschwerde beim Athmen. Bei der Auskultation findet man etwas gemischte Krepitation in der ganzen unteren Hälfte jeder Lunge nach hinten zu, doch klagt die Kleine nicht über Schmerz. Sie sieht heiter und wohlgemuth aus; die Zunge fast rein, Appetit gut, der Darmkanal vollkommen thätig; der Urin jedoch war sparsam, blass, trübe, sehr albuminös, unter dem Mikroskope auch Blutkörperchen, einige Fibrinzylinder, Kerne und granulirende Materie und Epitheliumtrümmer darbietend. Das Kind war 7 Wochen vorher unter Fiebererscheinungen erkrankt; ein Scharlachausschlag ist nicht bemerkt worden, eben so wenig Angina, — wohl aber folgte eine Abschuppung der Epidermis an den Händen. Man liess das Kind umherspielen, weil man an Scharlach nicht dachte; drei Wochen später jedoch fing der Bauch an zu schwellen und der Hydrops dehnte sich dann schnell auf andere Theile aus. Acht Tage vor der Aufnahme in das Hospital bekam das Kind Husten mit Athmungsbeschwerde, die bisweilen sehr zunahm. Am 1. oder 2. Tage nach der Aufnahme steigerte sich der Husten und die Noth beim Husten; in der Herzgegend war ein deutliches, jedoch mildes und schnurrendes Reibungsgeräusch vernehmbar und zugleich ergab die Perkussion hier einen sehr matten Ton. Alle diese Symptome hielten an und wurden aller angewendeten Mittel ungeachtet immer quälender. Die letzten 24

Stunden waren ein in grosser Angst und Athmungsnoth zugebrachter Todeskampf.

Bei der Untersuchung nach dem Tode zeigten sich die Nieren grösser als gewöhnlich; die Kortikalsubstanz sehr blass, nur hier und da ganz kleine Bündel Blutgefässe; die Medullarportion dagegen war tief dunkelroth. Durch die Kapsel, deutlicher aber noch nach ihrer Entfernung bemerkte man auf der Oberfläche jeder Niere zahlreiche, dicht aneinandersitzende, kleine, blassgelbe Flecke, gleich eben so vielen Sandkörnern. Beim Durchschnitt erschien die Kortikalsubstanz mit demselben gelblichweissen Material erfüllt, woraus die Flecke bestanden; die Schnittfläche hatte das eigenthümliche trübe, gelblichweisse, streifige Ansehen, welches man nicht unrichtig mit dem Durchschnitte einer Pastinak verglichen hat. Unter dem Mikroskope zeigte diese Kortikalsubstanz überall mit Epithelialzellen und gekörnter Masse angefüllte Fibrinzylinder; die Malpighischen Kapseln waren eben so ausgedehnt und man erblickte viele losgelöste Malpighische Körperchen. — Der Herzbeutel enthielt etwa $^1/_2$ Unze einer trüben, molkigen opalisirenden Flüssigkeit; in jeder Pleurahöhle waren etwa 6 Unzen und in der Bauchfellhöhle ungefähr ein Pint derselben blassen, trüben Flüssigkeit. Von den serösen Häuten zeigte keine eine besondere Vaskularität oder frische Lymphablagerung. Das Herz war sehr vergrössert, besonders der linke Ventrikel, aber die Klappen waren alle gesund. Die Lungen waren blass und in Folge ödematöser Infiltration ihres Gewebes fest und schwer, jedoch überall krepitirend. Die anderen Organe boten nichts Bemerkenswerthes dar.

In diesem Falle folgte auf einen akuten Hydrops renalis schnell ein Erguss eines blassen, milchigen Serums in allen serösen Höhlen ohne die eigentlichen Zeichen der Entzündung. Es ist nicht angegeben, ob die Flüssigkeit auf Harnstoff geprüft worden; wäre das geschehen, so hätte man vermuthlich Harnstoff gefunden. Zu gleicher Zeit gibt dieser Fall noch Auskunft über das Reibungsgeräusch im Herzbeutel, welches mehrere Tage vor dem Tode des Kindes sich einstellte. Es ergibt sich nämlich, dass dieses Geräusch, wenn es bei der Scharlachwassersucht angetroffen wird, keineswegs einen aktiven, durch antiphlogistische Mittel zu bekämpfenden Entzündungsprozess anzeigt. Wie das Geräusch in diesem Falle entstanden, ist nicht erklärlich; wahrscheinlich entsprang es aus einer gewissen Rauhigkeit oder Trok-

kenheit der Flächen, bevor der Erguss stattgefunden hat. Wäre die ergossene Flüssigkeit längere Zeit mit den serösen Flächen in Berührung geblieben, so hätte sie durch ihre reizende Eigenschaft in diesen doch wohl einen gewissen Grad von Entzündung gezeigt. Die Herren Burrows und Kirkes führen einige Fälle an, die dieses deutlich darthun. In dem einen Falle war es ein 22 Jahre altes Mädchen, bei dem sich nach Scharlach eine Nierenkrankheit ausbildete, die sich durch albuminösen Urin kund that. Dazu kam etwas Oedem und Athmungsbeschwerde; nach 4 Tagen entstand wirkliche Athmungsnoth und grosse Angst und es erfolgte endlich der Tod. Der Leichenbefund war ziemlich wie im vorigen Falle; nur war jede Pleura an ihrer Kostalfläche etwas trübe, hier und da mit deutlicher Vaskularität; die rechte Lunge zeigte an ihrem unteren Rande frische, rahmige, fest ansitzende Lymphe; die Schleimhaut in den grösseren Bronchialästen war sehr geröthet. Der Herzbeutel, der auch Flüssigkeit enthielt, zeigte keine Röthe oder Vaskularität; eben so wenig das Bauchfell, das auch viel Flüssigkeit enthielt. — Der zweite Fall betraf ein 26 Jahre altes Mädchen, welches ebenfalls, wie es schien, nach Scharlach, Haut- und Bauchwassersucht mit albuminösem Urin darbot. Hier bestand der Hydrops renalis bereits an 6 bis 7 Wochen, bis der Tod erfolgte. Die serösen Höhlen enthielten alle dieselbe trübe, weissliche, opalisirende Flüssigkeit. Der Herzbeutel zeigte mehrere stark geröthete Stellen und ausserdem ältere Lymphdeposita. Der rechte Pleurasack enthielt ein Pint Serum, worin viele Lymphe schwamm, während viele geronnene Lymphmassen an der Oberfläche der Lungen ansassen. Auch in der Bauchfellhöhle zeigten sich inmitten des serösen Ergusses viele Flocken geronnener, hier und da abgelagerter Lymphe.

Bemerkungen über die Nierenaffektion beim Scharlach.

Der Kontrast zwischen dem rheumatischen Fieber und dem Scharlachfieber hinsichtlich des Einflusses beider Krankheiten auf die Nieren ist zu gross, als dass er übersehen werden könnte. Herr Bence Jones, Arzt am St. Georgshospital in London, hat in seinen neuesten Vorlesungen darauf aufmerksam gemacht. James Miller (The pathology of the Kidney, in Scarlatina, London 1850) hat die Affektion der Nieren als ein nothwendiges und immer vorkommendes Ereigniss im Scharlach betrachtet und

Begbie (On temporary Albuminuria in Monthly Journal of medical Sc., Edinb., Okt. 1852) hat angegeben, dass keine Fälle von Scharlach vorkommen, ohne dass zu irgend einer Zeit im Verlaufe der Krankheit Albumen im Urine vorhanden gewesen. Herr B. Jones kann das nicht zugeben; er hat keineswegs in jedem Falle Albumen im Urine gefunden. In vielen Fällen ist der Urin allerdings eine Zeit lang albuminös, ohne dass üble Folgen nachkommen und ohne die geringste Andeutung einer Desquamation des Epitheliums im Nierenbecken oder den Tubuli. Wenn je bei oder gleich nach Scharlach Albumen im Urine angetroffen wird, so ist Seitens des Arztes die allergrösste Aufmerksamkeit auf die serösen Häute erforderlich, weil heimtückisch und oft mit grosser Schnelligkeit ein tödtlicher Erguss in die serösen Höhlen sich ausbildet. Es muss desshalb der Arzt sich zur Pflicht machen, bei jedem Scharlachkranken tagtäglich den Urin auf Albumen zu prüfen. Findet er den Urin albuminös, so muss er sehr sorgfältig die Brust auskultiren, um sofort eine Pleuritis oder Perikarditis in ihrem ersten Beginnen zu entdecken.

Bisweilen kommt freilich auch die Entzündung, bevor noch Albumen im Urine erscheint; eine solche Entzündung kann man darum immer noch nicht eine primäre nennen. Ein Knabe, etwa 14 Jahre alt, wurde, so erzählt Herr B. Jones, in der zweiten Woche des Scharlachs aufgenommen; im Urin war kein Albumen zu entdecken. Wenige Tage nach der Aufnahme klagte er über Dyspnoe und heftigen Schmerz in der Herzgegend. Immer noch war kein Albumen im Urine zu finden und kein Reibungsgeräusch im Herzbeutel zu vernehmen. Am folgenden Tage jedoch war dieses Geräusch vorhanden, aber immer noch kein Albumen im Urine. Dieser zeigte sich erst in sehr geringem Verhältnisse am Tage darauf, nahm später an Menge zu, war aber niemals sehr bedeutend. Die Perikarditis, die schnell zu Ergiessung führte, wurde geheilt, und als der Knabe das Hospital verliess, war keine Spur von Albumen mehr im Urine.

Die Quantität des Albumens im Urine nach Scharlachfieber ist übrigens, wie Herr B. Jones sich überzeugt hat, durchaus kein Anhaltspunkt für die Beurtheilung der vorhandenen Gefahr. So findet sich bisweilen sehr wenig Albumen und doch sind die drohendsten und gefährlichsten Zufälle vorhanden. Am 3. Dez. 1848 sah Herr Jones einen Schulknaben, welcher die Nacht vorher krank geworden war. Er klagte über Angina und bald

war er mit Scharlachausschlag bedeckt. Alles ging gut; es stellten sich keine üblen Symptome ein. Am 20. Tage der Krankheit bekam der Knabe eine Anschwellung der Halsdrüsen, die bei der Berührung etwas empfindlich waren. Der Urin wurde damals nicht untersucht. Am 24. Tage war der Knabe in voller Genesung. In der darauf folgenden Woche aber verlor er den Appetit und hatte bisweilen etwas Kopfschmerz. Erst am 31. Tage wurde Herr Jones wieder hinzugerufen; der Knabe ging an diesem Tage frühe zu Bette: Leibesöffnung war durch Arznei bewirkt worden. Gegen 11 Uhr in der Nacht hatte er sich erbrochen und man fand ihn bewusstlos. Herr Jones sah ihn am nächsten Tage um 1 Uhr; er war wieder zu sich gekommen, aber hatte sich mehrmals erbrochen. Er klagte nicht über Kopfschmerzen; Urin zur Untersuchung war nicht zu erlangen. Nach wenigen Minuten verfiel der Knabe in einen heftigen epileptischen Anfall; es wurden ihm durch Schröpfköpfe 6 Unzen Blut entzogen; er klagte über Schmerz, den ihm die Schröpfgläser machten und während diese noch ansassen, hatte der Knabe einen neuen epileptischen Anfall. Diese Anfälle kehrten fünf Mal stündlich wieder. Kurz vor jedem Anfalle wurde der Puls hart, aber nach Beendigung des Anfalles bei eintretender Perspiration der Haut weich und gross. Bis 7 Uhr Morgens hatte er sieben Anfälle; es wurde ein Aderlass von 10 Unzen angeordnet. Darauf trat einige Besserung ein. Von 12 bis 2 Uhr wiederholten sich aber die Krampfanfälle so häufig, dass kaum eine Remission zu bemerken war. Besonders war die rechte Körperhälfte ergriffen und Opisthotonus damit verbunden. Der Puls blieb jedoch gehoben; es stellte sich viel Schweiss ein und der Knabe liess etwas Urin in's Bette. Um 3 Uhr wurde er ruhiger und um 5 Uhr Abends hörten die Anfälle ganz auf. Um $8^1/_2$ Uhr Abends lag er ruhig, aber bewusstlos. Am 33. Tage um 9 Uhr Morgens war er bei Bewusstsein. Herr Jones konnte nun etwas Urin auffangen; derselbe enthielt einige Blutkörperchen, einige Fibrinzylinder, viel freie Harnsäure und Albumen in geringer Menge. Das spezifische Gewicht des Urines war 1010.8; 1000 Gran Urin enthielten 1 Gran Harnsäure. — Am 41. Tage gab der Urin gekocht und mit Salpetersäure behandelt nur einen geringen Niederschlag. Es war also nur sehr wenig Albumen vorhanden; spez. Gewicht 1023.5; der Urin war alkalisch. Der Knabe erholte sich allmählig, bekam seine Kräfte wieder und genas vollständig. —

Hier standen also die Symptome in gar keinem Verhältnisse zu der Quantität des Albumens und Herr Jones hat dieselben Erscheinungen bei sehr bedeutendem Quantum dieses Stoffes im Urine gesehen, woraus sich ergibt, dass die Menge desselben keinen bestimmten Anhaltspunkt gibt.

Eine andere sehr wichtige Frage ist: wie lange nach Scharlach Albumen im Urine wohl vorkommen möge? Herr Jones erklärt, dass er noch mehrere Monate nach Scharlach den Urin albuminös gefunden und zwar ohne üble Symptome. Treten besondere Symptome hierbei ein, so gleichen sie denen des akuten oder chronischen Morbus Brightii. Nach dem Tode findet man auch bei solchen Individuen alle diejenigen Veränderungen in der Niere, welche die obengenannte Krankheit charakterisiren. Anfangs findet man das Albumen im Urin mit den Spuren der in den Tubuli der Nieren vorgegangenen Abschuppung; später findet sich das Albumen ohne diese Spuren.

Was die Behandlung dieser Fälle betrifft, so unterscheidet sie sich nicht wesentlich von der der Bright'schen Krankheit. Merkurialien sind schädlich; diuretische Mittel sind zu vermeiden; dagegen sind Diaphoretica und abführende Mittel zu empfehlen. Man muss die Nieren in Ruhe lassen, aber auf Haut und Darmkanal zu wirken suchen. In sehr hartnäckigen Fällen fand Herr Jones das Elaterium sehr wirksam. —

Heilung epileptischer Krämpfe bei einem kleinen Kinde durch den inneren Gebrauch des Chloroforms.

Dieser Fall, den Herr Bowe in London (London medic. Times, Sept. 1853, p. 323) erzählt, betraf einen 19 Monat alten Knaben, der seit seinem fünften Monate an heftigen Krampfanfällen litt, welche vergeblich von verschiedenen Aerzten bekämpft wurden. Zuletzt hatte er 7 bis 8 Anfälle an einem Tage. Die Krämpfe waren epileptischer Art; der Kopf rollte dabei von einer Seite zur anderen und das Kind hatte einen idiotischen Blick. Weil das Zahnfleisch sehr gespannt war, so wurde es skarifizirt und das Kind in ein warmes Bad gesetzt. Das half aber wenig. Die Anfälle kamen eben so häufig und dazwischen lag das Kind in einem halb komatösen Zustande. Herr B. verordnete innerlich Chloroform in einer schleimigen Mischung und liess nach jedem Krampfanfalle dem Kinde so viel geben, dass es 5 Minims (ungefähr 5 Tropfen) Chloroform pro dosi bekam. Es

folgte nach der dritten Gabe Schlaf; die Krämpfe liessen nach und hörten bei Fortgebrauch des Mittels ganz auf. Die Dosis wurde bis auf 7 Minims gesteigert und das Kind bekam drei solcher Dosen täglich. Nebenbei wurden Abführmittel gereicht.

Proteïn gegen Skrofeln.

Dem Rinderblut-Extrakt, wie es von Mauthner in Wien empfohlen worden ist und dem dünn geschabten rohen Fleische, das Andere bei anämischen, schlechtgenährten, skrophulösen Kindern gerühmt haben, reiht sich auch das Protein an, welches ein Hr. Taylor in London (Lancet, Septembr., p. 281) sehr wirksam befunden haben will. Ein 5 Jahre alter, sehr skrophulöser Knabe, an Drüsenanschwellungen und hartnäckigen skrophulösen Geschwüren leidend, hatte vergeblich Eisen, Tonica und Jod genommen. Hr. Taylor gab ihm dreimal täglich 3 Gran Proteïn in Zuckerwasser, und zwar mehrere Monate hintereinander. Ausserordentlich schnell nahm das Kind zu, die Drüsen verloren sich und die Geschwüre heilten nach und nach. — In einem anderen ganz ähnlichen Falle, der ein 2 J. altes Kind betraf, welches 2 Gran Protein dreimal täglich bekam, war die Wirkung eben so gut.

Leberthran, geschabtes Rindfleisch, Rinderblut-Extrakt und Proteïn werden wohl dieselbe ernährende Eigenschaft besitzen. Welches verdient den Vorzug? Dasjenige, was am bequemsten und billigsten zu haben ist, und da möchte geschabtes Rindfleisch vielleicht am meisten zusagen.

Ueber den Gebrauch des Chloroforms gegen Keuchhusten.

„Sie erinnern Sich, schreibt Hr. Fleetwood Churchill an den Professor Simpson in Edinburg, dass ich in meinem vor drei Jahren veröffentlichten Werke über Kinderkrankheiten schon der wohlthätigen Wirkungen gedachte, die ich in etwa einem Dutzend Fälle von der Inhalation des Schwefeläthers gegen den Keuchhusten erlangt hatte. Nachdem Sie das Chloroform in ähnlicher Absicht angewendet hatten, versuchte ich es gegen den Keuchhusten mit gleichem Nutzen in einer noch grösseren Zahl von Fällen. Immer aber fand ich zwei Hindernisse gegen die volle und freie Anwendung dieses Mittel bei kleinen Kindern.

Zuvörderst kann man sie nicht dahin bringen, von der Annäherung des Hustenanfalles zeitig Kunde zu geben, um die Applikation des Chloroforms vorbereitet zu haben, bevor der Anfall beginnt, und hat der Anfall erst begonnen, der aus 8 oder 10 Exspirationen auf eine Inspiration besteht, so ist das Chloroform verdunstet, bevor es inhalirt worden ist. Und dann haben kleine Kinder einen solchen Widerwillen gegen Alles, was während des Anfalles auf den Mund gelegt wird, dass sie mit allen Kräften der Applikation des Chloroforms widerstreben, bis sie dessen wohlthätigen Einfluss auf den Hustenanfall gefühlt haben. In Folge dieser beiden Ursachen und vielleicht auch in Folge einer mangelhaften Handhabung Seitens der Mutter bringt die Anwendung des genannten Mittels im Keuchhusten gar keinen oder nur sehr mangelhaften Erfolg. Geschieht aber dessen Anwendung gehörig und zeitig, so hat es die vortrefflichste Wirkung. Ich habe dieses bei älteren Kindern von 12 bis 14 Jahren und darüber, welche vernünftig genug sind, den Anordnungen sich zu fügen, erproben wollen und erst in diesem Jahre hatte ich Gelegenheit dazu. Ich will die 4 Fälle, in denen das Chloroform gebraucht worden, kurz mittheilen."

1) Miss D., 16 J. alt, hatte bereits seit einem Monate an Keuchhusten gelitten, als ich Chloroform verschrieb. Es war keine Komplikation vorhanden, aber das Keuchen war sehr heftig und die Anfälle kamen häufig, besonders des Nachts. Die Kranke wurde angewiesen, das Chloroform in Bereitschaft zu halten und es bei jedem Anfalle anzuwenden. Sie versicherte mich, dass schon nach 2 Tagen das Keuchen beseitigt war."

„2) Miss A., 20 J. alt, hatte bereits seit 3 Wochen an Keuchhusten gelitten, als ich Chloroform verordnete. Die Anfälle kamen nicht sehr häufig und waren ohne Komplikation. Auch hier genügte eine zweitägige Anwendung des Chloroforms, um das Keuchen zu beseitigen, und der geringe Husten, welcher zurückblieb, verlor sich von selber nach 8 bis 10 Tagen."

„In diesen beiden Fällen erschien die Wirkung fast magisch; der Keuchhusten war wohl markirt und die Angehörigen der Kranken waren auf eine Krankheitsdauer von 2 bis 3 Monaten vorbereitet, wie sie es bei den anderen Kindern erlebt hatten."

„3) Miss B., 18 J. alt, bekam den Keuchhusten von ihrem Bruder, den sie gewartet hatte, und ich hatte daher hier Gelegenheit, das Chloroform von Anfang an zu geben. Sie kam gar

nicht zum Keuchen, wenn sie hustete; aber es wurde ihr vorgeschrieben, zum Chloroform zu greifen, sobald sie nur ein Kitzeln im Kehlkopfe fühlte, ohne den Anfall erst abzuwarten. Sie fand, dass sie dadurch den Husten vollständig zurückhalten konnte, und kam er plötzlich, so wurde er sofort durch die Anwendung des Chloroforms unterbrochen. Ungefähr 3 Wochen vergingen, ehe die Neigung zum Husten ganz nachliess und mit dem Chloroform aufgehört werden konnte. Während dieser ganzen Zeit hatte die Kranke keinen Appetit und sah elend aus; sie schlief gut, war heiteren Gemüthes und sehr wohl im Stande, ihrer gewöhnlichen Beschäftigung nachzugehen. Sie ging im besten Wohlsein auf's Land."

„4) Der Bruder der vorigen Kranken, 16 Jahre alt, hatte die Krankheit äusserst heftig, als ich ihn sah. Die Anfälle waren heftig und dauerten lange, die Anstrengungen bei der Inspiration und das Keuchen waren sehr stark. Es war wirklich, als wollte jedesmal Erstickung eintreten oder etwas bersten. Der Kranke hatte weder Appetit, noch Schlaf, noch seine frühere Munterkeit, obwohl die Krankheit noch nicht drei Wochen bestanden hatte. Ich verordnete das Chloroform; es hatte die Wirkung, die Zahl der Anfälle um die Hälfte zu vermindern, nicht aber ihre Heftigkeit zu mildern. Der Kranke benutzte die Inhalation des Chloroforms sehr anhaltend; er bekam aber mehr Kopfschmerz davon, als Betäubung und bat mich, davon abstehen zu dürfen. Ich willigte hierein um so lieber, als er zur Zeit an starker Diarrhoe litt. Ich gab ihm nun dreimal täglich zwei Tropfen Blausäure (Pharm. Dublin) mit 2 bis 3 Tropfen Black-Drops (eine Opiumlösung). Unter dieser Behandlung schritt die durch das Chloroform begonnene Besserung vorwärts und nach Verlauf von fünf Wochen war die Krankheit vollkommen beendigt; Ruhe, Munterkeit und besseres Aussehen hatten sich wieder eingestellt."

„Obwohl nun dieser letztere Fall keine durch das Chloroform bewirkte vollständige Heilung darstellt, so wurden doch durch dieses Mittel die Anfälle sparsamer und ich zweifle nicht, dass dadurch der Einwirkung der Blausäure gut vorgearbeitet worden ist. Dagegen sind die drei ersten Fälle sehr günstige Beweise für die grosse Wirkung der Chloroforminhalationen beim Keuchhusten und wird sie durch fernere Erfahrungen noch bestätigt, so besitzen wir darin ein treffliches Mittel zur Abkürzung der Krankheit, besonders bei Erwachsenen."

„Ein Wort noch über die Art der Anwendung. Um der Möglichkeit einer zu weit gehenden Inhalation zu begegnen, habe ich niemals das Chloroform auf ein Schnupftuch gethan oder es durch einen Apparat einathmen lassen, sondern ich habe bei kleinen Kindern die Mütter, oder bei vorgerückterem Alter die Kranken selber angewiesen, etwa 30 Tropfen in die Handfläche zu träufeln und diese auf Mund und Nase etwas hohl zu legen, so dass die Inhalation geschehen, aber auch etwas atmosphärische Luft mit eindringen kann. Es muss damit begonnen werden, so wie der Kranke im Halse oder in der Brust den Hustenreiz fühlt und der Anfall herankommen will. So oft dieses der Fall ist, muss die Inhalation erneuert werden; nur wenn Kopfschmerz eintritt, muss man damit aufhören."

Empyem nach Scharlach, behandelt durch Punktion.

Im Edinb. Monthly Journ. of medic. Sc., Juli 1853, finden wir von Hrn. Brotherston, einem Wundarzte in Alloa, drei Fälle mitgetheilt, die nicht ohne Interesse sind. Die Affektion der serösen Häute nach Scharlach oder die sekundären, mehr schleichenden, schnell zu Ausschwitzungen führenden Entzündungen nach dieser Krankheit sind in neuester Zeit und zwar mit sehr vielem Rechte dem durch Harnstoff vergifteten Blute beigemessen worden. Ist das Scharlachgift in den Körper gedrungen, so beginnt das Eliminationsbestreben der Natur, das vorzugsweise nach der Kutis und den Nieren sich hinwendet. Kommt die Natur damit aus irgend einem Grunde nicht zu Stande, so können gleich von vornherein anderswo sich Entzündungen ausbilden. Diese Entzündungen könnte man primäre nennen; sie sind die direkte Wirkung des Scharlachgiftes und stehen analog der Entzündung der Kutis oder der Nierengänge, wenn die Elimination dahin ihre Richtung gefunden. Sobald aber die Elimination auf letzterem Wege geschehen und Abschuppung auf der Kutis und in den Tubuli uriniferi eingetreten, so wird eben in Folge des letztgenannten Prozesses etwas Albumen, mit Blutkörperchen, Fibrinzylindern und Epitheliumtrümmern gemischt, im Urin sich finden. In dem Maasse aber, wie die Nieren zum Normalzustande zurückkehren, verschwinden diese Elemente im Urine. Kommt es aber, dass die Nieren sehr ernstlich ergriffen werden, bildet sich die Bright'sche Krankheit in ihnen akut oder chronisch aus, so wird die Ausscheidung der mit dem Urine aus dem Blute zu entfernenden Ele-

mente sehr gehindert, der Harnstoff bleibt im Serum des Blutes und die Natur sucht sich dessen auf andere Weise, nämlich durch die Kapillarien der serösen und mukösen Häute und in das lose Bindegewebe zu entledigen. Es entstehen Ergüsse, die ihrerseits wieder Entzündungen erregen. Diese Entzündungen verdienen zum Unterschiede von den früher erwähnten sekundäre genannt zu werden. Dahin gehören die Oedeme, die Empyeme, die Ergiessungen im Herzbeutel, im Bauchfelle u. s. w. Die Prognose hierbei ist sehr übel; denn die Wegschaffung des Ergusses auf operativem Wege oder durch Beförderung der Absorption ist nicht genügend, so lange nicht die normale Thätigkeit der Nieren wiederhergestellt ist, was sehr häufig gar nicht mehr ausführbar ist. Es muss dann, selbst nach Beseitigung des Ergusses, entweder ein neuer Erguss folgen und den Kranken dahinraffen oder dieser sinkt zusammen in einem komatösen Zustande unter der Einwirkung des mit Harnstoff überladenen Blutes. Dagegen lassen die primären Scharlachentzündungen eine bessere Prognose zu; ist die Heftigkeit der Entzündung gebrochen, so kann das Eliminationsbestreben noch mit Ruhe sich vollenden.

Die drei von Brotherston erzählten Fälle von Empyem nach Scharlach, wogegen die Punktion vorgenommen worden, werden nach dieser Auseinandersetzung einige Aufmerksamkeit erregen.

1) Ein $2^1/_2$ J. alter Knabe hatte im Juni 1852 Scharlach. Seitdem war er schwächlich, kränklich, hatte einen trockenen harten Husten, lag stets auf der rechten Seite und verfiel bei jeder Lagenveränderung in Athemnoth und in Husten. Oedem der Extremitäten nicht vorhanden. Die Besichtigung, Auskultation und Perkussion des Thorax ergab ein Empyem in der rechten Hälfte desselben. Am 25. Oktober wurde die Punktion gemacht und ein Quantum von 17 Unzen einer molkigen grünlichen Flüssigkeit abgezogen. Darauf liess sofort der Husten nach, das Kind erholte sich und konnte ruhiger schlafen und besser liegen als früher. Allein bald sammelte sich die Flüssigkeit wieder an; am 9. November musste die Punktion zum zweiten und am 13. Dez. zum dritten Male wiederholt werden. Am 18. Januar 1853 starb das Kind. Die rechte Pleura fand sich mit Flüssigkeit angefüllt und Herzbeutel und Herz waren sehr nach links gedrängt. Die rechte Lunge war komprimirt und adhärirte fest an den oberen und hinteren Theil des Thorax; die Kostalpleura war verdickt. Oberflächlich war die Lunge rauh und hatte tiefe Exkavationen

offenbar als Folge des Druckes durch die Flüssigkeit. Die Substanz der Lunge war verdichtet. Die linke Lunge und das Herz gesund. Die Nieren sind nicht untersucht und der Urin während des Lebens nicht auf Eiweiss geprüft worden.

2) Ein $9^1/_2$ Jahre alter Knabe befand sich, ebenfalls in Folge des Scharlachs, ganz in demselben Zustande. Auch hier war die rechte Brustseite der Sitz des Empyems; nur war der Knabe kräftiger, hatte Oedem an den Füssen und schlief wenig. Punktion am 2. Novbr.; es wurde eine Menge gelblicher serös-eiteriger Flüssigkeit abgezogen. Die kleine Kanüle des Troikars wurde in der Runde befestigt und ein Schwamm über die Oeffnung gedeckt. Das Kind erholte sich und die Stichwunde heilte bald. Am 18. Novbr. hatte sich um die geheilte Oeffnung eine fluktuirende Stelle gebildet; dieselbe gab eine grosse Menge Eiter beim Einstich und sezernirte solche Materie noch einen Monat lang. Nachher wurde das Kind ganz gesund. Auch hier war der Urin nicht auf Eiweiss geprüft worden.

3) Ein $3^1/_2$ Jahre altes Mädchen bekam nach einem sehr milden im September stattgehabten Scharlach Hautwassersucht und im Monat Dezemb. hatte sich ein Empyem in der rechten Brusthälfte gebildet. Die Punktion entfernte an 13 Unzen einer grünlichen, serös-eiterigen Flüssigkeit. Etwa 8 Tage später musste die Operation wiederholt werden. Dann heilte die Oeffnung, aber am 3. Januar 1853 bildete sich wie im vorigen Falle eine fluktuirende Geschwulst an der Stelle, die geöffnet wurde und vielen Eiter entleerte. Das Kind genas, obgleich die rechte Seite des Thorax etwas eingefallen erschien. Leider war auch hier der Urin nicht auf Albumen untersucht worden.

Ueber Polypen des Kehlkopfes bei Kindern.

Ueber Polypen des Larynx gibt es nur eine monographische Abhandlung, nämlich die des Prof. Ehrmann in Strassburg, welche den Titel führt: Histoire des polypes du Larynx, Strasbourg 1850, 4., avec planches. Man findet darin Alles zusammengestellt, was bis dahin in Werken und Zeitschriften über den Gegenstand bekannt geworden. Von 31 Kranken, deren Geschichte Hr. Ehrmann mittheilt, ist nur ein einziger durch die rechtzeitig gemachte Tracheotomie, welche Herr Ehrmann selber veranstaltet hat, gerettet worden; alle anderen 30 sind gestorben. Der folgende Fall, der allerdings auch tödtlich endigte, erregt doch

durch die Symptome, die er darbietet, grosses Interesse. Alois St. Julius, 7 Jahre alt, wird im September 1852 in das Waisenhaus in Strassburg aufgenommen. Das Kind hat ein lymphatisches Temperament, ist schwächlich, hat einen Kropf und einige Spuren von Kretinismus. Schon vor der Aufnahme soll er einige sehr drohende Erstickungsanfälle gehabt haben, so dass seine Angehörigen späterhin sich nicht wunderten, als sie seinen Tod vernahmen. Im Waisenhause wurde das Kind sehr bald ernstlich krank; zu Zeiten verfiel es in Asphyxie, die seinem Leben ein Ende zu machen droheten. Während der Erstickungsanfälle war der Athem geräuschvoll, pfeifend, krampfhaft, mit rauhem Husten begleitet; die Exspiration erschien viel peinlicher als die Inspiration. Die Anfälle endigten sich ohne Auswurf. In den Intervallen zwischen den Anfällen blieb die Dyspnoe immer sehr bemerkbar, die Stimme war rauh und verändert, niemals aber erlosch sie ganz; der Husten ziemlich häufig, pfeifend und rauh, aber ebenfalls ohne Expektoration. Die Auskultation ergab eine merkliche Verminderung des Athmungsgeräusches in den beiden Lungen ohne irgend ein Rasseln. Die Respiration pfeifend in der Luftröhre und im Kehlkopfe. Der Rachen, der obere Theil des Schlundes zeigte keine Spur einer falschen Membran; man sah nur etwas Röthe. Eine Kompression des Kehlkopfes von aussen machte dem Kranken keinen Schmerz; man entdeckte daselbst auch keine Anschwellung. Die Haut heiss und die Respiration war beschleunigt.

Was war die Ursache dieser androhenden Asphyxie? Die Diagnose war um so schwerer, als man über die Anamnese des Knaben gar nichts erfahren konnte. Der erste Gedanke war, dass ein fremder Körper im Kehlkopfe oder der Luftröhre sich befinde. Aber die sorgfältigste Untersuchung ergab nichts davon und die Aussagen des Knaben wiesen diese Idee zurück. Konnte es Krup sein? Die Mehrzahl der Symptome sprach offenbar gegen diese Annahme. Auch ein Abszess im Kehlkopfe oder neben demselben konnte es nicht sein, da nichts davon wahrzunehmen war. Ebenso stimmten die Erscheinungen nicht mit denen des Oedems der Glottis. Eine idiopathische akute Laryngitis konnte möglicherweise einige der Symptome erzeugen, aber sie erklärte nicht die Erscheinungen in ihrer Gesammtheit. Auf rein negativem Wege kam man auf die Vermuthung, dass ein Polyp des Larynx vorhanden sei, allein da alle Kenntniss des früheren Zu-

standes des Knaben mangelte, so war es sehr schwer, dieser Idee näher nachzugehen. In dieser Ungewissheit konsultirte Hr. G. Tourves in Strassburg (der diesen Fall in der Gaz. médec. de Strasbourg, Janvier 1853, Nr. 1 mitgetheilt hat), den Professor Stöber, derselbe war auch der Meinung, dass im Kehlkopfe ein Hinderniss sein müsse, welches sich dem freien Durchgange der Luft entgegenstelle; dass es schwer sei, dessen Natur festzustellen, aber dass die Tracheotomie als das einzige mögliche Rettungsmittel betrachtet werden müsse. Die Operateure Gaud und Wieger wurden herbeigeholt, aber wegen der nicht festgestellten Diagnose verweigerten sie die Operation. Sie erinnerten daran, dass im Hospital in Strassburg alle unter ähnlichen Umständen vorgenommenen Tracheotomieen einen unglücklichen Ausgang gehabt haben. Es wurde in richtiger Würdigung der Gründe der genannten beiden Herren auch weiter nicht auf die Operation bestanden. Es blieb nun nichts weiter übrig, als auf anderem Wege die Entfernung des Hindernisses aus dem Kehlkopfe zu versuchen und es standen dazu zwei Mittel zu Gebote: die Darreichung wiederholter Brechmittel und die so tief als möglich zu führende direkte Kauterisation. Es wurde demnach Brechweinstein wiederholentlich verordnet; dann wurde gebrannter Alaun, fein gepulvert, in den Rachen hineingeblasen und nachher wurde der Hals im Innern so tief als möglich mit einer kräftigen Auflösung von Kupfersulphat betupft. Zuletzt wurden Merkurialeinreibungen vorgenommen. Alle diese Mittel blieben nutzlos; die Erstickung verminderte sich von Zeit zu Zeit, um mit erneuerter Heftigkeit wiederzukehren. Der Husten blieb trocken, die Stimme pfeifend und rauh und nichts änderte sich in den übrigen Erscheinungen. Bald aber tritt ein lebhaftes Fieber ein; der Knabe empfindet lebhafte Schmerzen in der Brust; die Oppression wird anhaltend, man vernimmt kaum mehr das Athmungsgeräusch. Eine doppelte Pleuritis von grosser Heftigkeit gesellt sich zur primären Affektion hinzu; die Kräfte nehmen schnell ab und am 24. November 8 Tage nach seinem Eintritte, erliegt endlich der Knabe in einem Erstickungsanfalle.

Leichenschau. Unterhalb der Glottis erblickte man im Innern des Kehlkopfes ein polypöses Gewächs. Dieses Gewächs, bestehend in einem röthlichen, weichen, höckerigen Gebilde von der Grösse und Form einer Erdbeere sass in der linken Kehlkopfstasche und erstreckte sich über die Giessbeckenknorpel hin-

über bis zur rechten Kehlkopfstasche, die aber frei war. Der hintere und seitliche Theil der linken Hälfte der Glottis war von dem Polypen, welcher ungefähr drei Viertel ihrer Oeffnung einnahm, vollkommen geschlossen. Das Gewächs sass mit einer sehr breiten Basis am Kehlkopfe an; diesen einzigen Umstand abgerechnet, hatte das Gebilde viele Aehnlichkeit mit der Figur 2 auf der ersten und Figur 1 auf der 2. Tafel des Ehrmann'schen Werkes abgebildeten Vegetationen. Die Schilddrüsen waren sehr entwickelt und vereinigten sich vorne vor der Luftröhre. Eine dicke Schicht falscher, weicher und albuminöser Membranen kleidete beide Pleuren aus; das Lungenparenchym war nur der Sitz einer bedeutenden Blutanschoppung; die Bronchen enthielten eine grosse Menge Schaum; die Schleimhaut der Luftwege war gesund.

Hätte man über die die Antezedentien des Kranken Genaueres erfahren und die Diagnose fester begründen können, so würde die Tracheotomie wohl nicht verweigert worden sein. Leider war es nicht möglich, eine grössere Zuversicht zu gewinnen. Studirt man die bis jetzt bekannt gewordenen Fälle von Kehlkopfpolypen, so erkennt man, dass der Verlauf der Krankheit und die allmählige Entwickelung der Zufälle für die Diagnose immer sehr charakteristisch gewesen sind. Keiner der Autoren gab ein positives pathognomonisches Zeichen an; ausser den Symptomen, welche das Dasein eines Hindernisses für den Luftdurchgang durch den Kehlkopf anzeigen, nennen sie noch als direktere Zeichen: ein Ventil- oder Klappengeräusch (bruit de soupape), grössere Schwierigkeit bei der Exspiration als bei der Inspiration, Aushusten von Polypentrümmern und selbst die beim Betasten des Kehlkopfes gewonnene Empfindung als ob ein fremder Körper in demselben sich bewege und endlich das Gefühl des Kranken, dass ein solcher Körper aus dem Kehlkopfe hinauswolle. Alle diese Charaktere können aber fehlen und meistens ist es nur die Dauer und der Verlauf der Krankheit, welcher die Unsicherheit beseitigt und die Diagnose fixirt. Leider fehlte in dem hier mitgetheilten Falle dieser Anhalt für die Diagnose, wie bereits gesagt, ganz und gar.

Was die Tracheotomie betrifft, so hatte sie durch das Dasein des Kropfes einige Schwierigkeiten dargeboten, aber sie hätte den Kranken gerettet, oder ihm wenigstens das Leben verlängert. Die doppelte Pleuritis, welche den Tod beschleunigt hat, hat sich erst

später entwickelt. Sonst gab es keine Gegenanzeige gegen die Operation. Das Hinderniss der Respiration sass im Kehlkopfe; war die Luftröhre geöffnet, so konnte jedenfalls die Luft frei in die Lungen dringen. Freilich bleibt nach Eröffnung der Luftröhre in solchen Fällen noch ein sehr schwieriger Akt übrig, nämlich die Wegschaffung des Polypen. Dieses kann durch Ausschneidung oder Kauterisation geschehen. In dem von Prof. Ehrmann glücklich operirten Falle eröffnete derselbe erst die Luftröhre, um der drohenden Asphyxie zu begegnen; dann aber spaltete er den Larynx und schnitt den Polypen heraus; zwischen diesem zweiten und jenem ersten Akte liess er zwei Tage vergehen. In dem hier mitgetheilten Falle sass der Polyp mit einer sehr breiten Basis am Kehlkopfe an; dieser Umstand hätte die Schwierigkeit allerdings noch vermehrt.

Gegen die Tracheotomie erheben sich viele Stimmen; beim Krup ist dieser Widerwille allerdings durch die vielen unglücklichen Resultate und die Ergebnisse des Leichenbefundes gerechtfertigt; denn fast immer ist die exsudative Entzündung so ausgedehnt, dass die Tracheotomie unnütz wird. In Strassburg hat seit langer Zeit schon diese Operation im Krup sich durchaus erfolglos erwiesen. Nur in zwei Fällen, wo in Folge dieser Erfahrungen die Tracheotomie auch zurückgewiesen worden war, fand Hr. Tourdes bei der Leichenschau, dass die Kranken hätten durch sie gerettet werden können. Im ersten Falle war es ein bloss auf den Larynx beschränkter Krup, an welchem das Kind gestorben war; die Tracheotomie war unterlassen worden, weil kurz zuvor im Hospital ein Kind, das am Krup litt, bald nach dieser Operation gestorben war. Der zweite Fall betraf das Kind, das einen Polypen am Kehlkopfe hatte und dessen Geschichte wir hier mitgetheilt haben.

Bemerkungen über Hydrops und Nierenaffektion nach Scharlach.

Wassersucht nach Scharlach ist in allen Fällen mit Eiweissgehalt im Urin verbunden und Albumen im Urin kommt nicht vor ohne Affektion der Nieren. Diesen Satz kann man nach den bis heute gewonnenen Erfahrungen als festgestellt betrachten. Die Nierenaffektion ist das Erstere, der Eiweissgehalt im Urin ist eine dieser Nierenaffektion angehörige Erscheinung und die hydropische Ergiessung in das lose oder subkutane Bindegewebe und in die

serösen Höhlen ist die Folge. Die Nierenaffektion kann vorübergehend und heilbar sein; dann verliert sich das Albumen im Urin und die hydropische Ergiessung wird ebenfalls beseitigt. Eine genauere Kenntniss dessen, was in den Nieren beim Scharlach vorgeht, wird dieses deutlich vor Augen stellen und zugleich darthun, wie Unrecht man hat, mit Morbus Brightii alle die Zustände zu bezeichnen, in denen der Urin eiweisshaltig ist. Man sollte den genannten Ausdruck nur für diejenige eigenthümliche Strukturveränderung der Nieren gebrauchen, die von Bright zuerst so geschildert worden ist. Nicht jede Eiweisshaltigkeit des Urines ist mit dieser Strukturveränderung der Nieren verbunden, sondern gerade bei oder nach Scharlach sind diese Organe viel leichter affizirt. Würde das Eliminationsbestreben durch die Kutis beim Scharlach von der Natur ungestört und mit voller Kraft immer bewirkt werden können, so würden die Nieren wenig oder gar nicht mit ergriffen werden. In vielen Fällen von Scharlach wird aber die eliminatorische Thätigkeit der Kutis unterbrochen oder gehemmt oder die Kutis hat an sich zu wenig Turgor, zu wenig Aktivität und die Natur bewirkt alsdann die Elimination durch die Nieren. Erkältung während der Abschuppungsperiode oder in der Konvaleszenz ist die häufigste Ursache jener Unterbrechung oder Hemmung der kutanen Thätigkeit, aber auch Diätfehler, schlechtbeschaffene Luft, Unreinlichkeit, Skrofeldyskrasie, Schwäche und deprimirende Gemüthsaffekte können auf dieses Naturbestreben störend oder modifizirend einwirken. Bei sehr grosser Intensität der Scharlachvergiftung tritt von selber neben der eliminatorischen Thätigkeit durch die Kutis auch die durch die Nieren ein. Durch welche Ursache aber auch die Nieren mit ins Spiel gezogen werden, so beginnt, wie mikroskopische Untersuchungen gelehrt haben, die eliminatorische Thätigkeit in ihnen mit Blutandrang zu den Kapillargefässen. Es folgt darauf, wie in der Kutis, eine spezifische Entzündung in den Nierengängen und dann eine Abstossung des Epitheliums. Dass bei dieser Abstossung ein Theil des Blutes mit ausschwitzt und mit den Epithelialtrümmern zugleich ausgeführt wird, ist nicht zu bezweifeln. Bei einem Mädchen, das im Kings-College-Hospital starb, fand man, wie Hr. Georg Johnson in seinen neuesten Vorlesungen (London medic. Times, July 1853, p. 54) bemerkt, eine grosse Menge Zellen des Nierenepitheliums, die vollständig mit Krystallen von kleesaurem Kalk gefüllt waren, während andere Oelkügelchen enthielten; der

Urin war sehr eiweisshaltig und enthielt Fibrinzylinder. Die Abstossung des Epitheliums in den Nierengängen, an sich ein heilsames Naturbestreben, ist wegen des eigenthümlichen Baues der Nieren mit sehr vielen Gefahren verknüpft. Die Tubuli uriniferi sind feine, lange, gewunden Gänge; die abgestossenen Epithelialzellen können nicht mit der Schnelligkeit und Leichtigkeit abgehen, wie die Epidermisschuppen von der Kutis. Die Epithelialzellen und das fibrinöse Material, welches sie begleitet, füllten die Tubuli an, dehnen sie aus, verstopfen sie und verhindern die Harnsekretion und zugleich die Elimination des kranken Stoffes. Die weitere Folge ist die Verminderung des Harnabganges, die Vergiftung des Blutes mit Harnstoff und manchem anderen schädlichen Material und endlich Erguss in das Zellgewebe oder die serösen Höhlen und Abszessbildung verschiedener Art.

Es lässt sich hieraus aber auch der Schluss ziehen, dass, je reichlicher die Epitheliumzellen der Tubuli im Urine sich finden, desto besser die Prognose ist, einmal, weil daraus sich ergibt, dass die Tubuli davon entleert werden, und dann weil durch die kräftigere Desquamation der Organismus des Scharlachstoffes sich schneller entledigt. „Es ist, sagt Herr Johnson (a. a. O.), ein durch fast tägliche Beobachtung bestätigtes Factum, dass diejenigen Fälle von Hydrops acutus mit eiweisshaltigem Urine, welche im Allgemeinen am sichersten und leichtesten geheilt werden, diejenigen sind, in denen eine recht reichliche Renalabschuppung sich findet, wogegen der am raschesten tödtliche Fall, den ich gesehen habe, ein solcher war, in dem weder Abschuppung, noch fibrinöse Ergiessung innerhalb der Tubuli uriniferi im Urine sich kund that."

Die Grundsätze für die Behandlung lassen sich hiernach ziemlich leicht feststellen. Beim Scharlach, so wie überhaupt bei allen Affektionen, wo eine Elimination durch die Kutis von der Natur angestrebt wird, muss dieses Bestreben auf alle Weise befördert und begünstigt werden. Erkältung also muss auf das Strengste verhütet werden und wenn wirklich die Erfahrung die Speckeinreibungen als wohlthätig in der genannten Krankheit herausstellen sollte, so bleibt es fraglich, ob der Fettüberzug der Haut nicht lediglich dadurch wirkt, dass er dieselbe wie eine Art Flanellbekleidung gegen die Witterungseinflüsse schützt. Wäre das der Fall, so könnte man es leichter haben, wenn man die Scharlachkranken zur Zeit der Abschuppung einfach von Kopf bis Fuss

mit Flanell bekleidet oder sie wenigstens fortwährend im Bette hält. Herr Johnson ist ganz dieser Ansicht. „So wie Erkältung, sagt er, allein oder in Verbindung mit anderen Einflüssen die häufigste Ursache der akuten Nierentzündung ist, so hat auch nichts eine grössere Neigung, die Krankheit zu unterhalten und sie bis zur Unheilbarkeit zu steigern. Eine Aufmerksamkeit auf diesen Punkt ist zur Herstellung des Kranken eben so wichtig, als eine stetige Körperlage für ein gebrochenes Bein, oder anhaltende Ruhe für ein entzündetes Kniegelenk. Ich habe mich überzeugt, dass die Vernachlässigung dieser Vorsichtsmaassregel nicht nur die akute Nierenaffektion hervorgerufen, sondern dieses akute und heilbare Leiden auch mehr als irgend eine andere Ursache in ein chronisches und unheilbares umgewandelt hat.“ Es bleibt demnach im Scharlach eine fortwährende Bettlage bei angenehmer und gleichmässiger Temperatur in einem trockenen, wohldurchlüfteten Zimmer die Hauptsache, um die Nierenaffektion zu verhüten. Wäre das Wetter feucht und kalt und der Kranke befände sich in einem feuchtkalten, schlecht zu erwärmenden Zimmer, aus dem er nicht entfernt werden könnte, oder er lebte in äusseren Umständen und Verhältnissen, die eine Erkältung befürchten lassen, so wäre die Bekleidung des ganzen Körpers mit Flanell oder vielleicht die Schneemann'sche Speckeinreibung zu empfehlen. Zur Unterstützung der Hautthätigkeit dient die innerliche Darreichung des essigsauren oder zitronensauren Ammoniums in Verbindung mit irgend einem milden Pflanzenaufgusse. Auch wenn bereits eine akute Nierenaffektion durch die Beschaffenheit des Urines sich kund gethan, sind dieselben Mittel die wirksamsten. Ruhe in horizontaler Bettlage macht die Zirkulation gleichmässiger und mildet; die stets gleiche Bettwärme begünstigt die Thätigkeit der Haut, das essigsaure oder zitronensaure Ammonium in Verbindung mit mildem diluirendem Getränk wirkt diaphoretisch und befördert die Ausscheidung aus den Tubuli uriniferi. Bei dieser Behandlung wird sehr bald der Urin reichlicher abgesondert, zeigt sich weniger albuminös und der Hydrops lässt schnell nach. Dabei muss die Diät sparsam sein; der Kranke, der an Hydrops nach Scharlach leidet und dessen Urin eiweisshaltig ist, hat wenig Appetit und man wird finden, dass nach jeder Belästigung der Digestion der Eiweissgehalt in seinem Urine zunimmt, zum Beweise, dass sogleich die Kongestion und die Reizung in den erkrankten Nieren sich verstärkt. Eigentliche diuretische Mittel

dürfen nicht gegeben werden; sie würden die obengenannte Kongestion und Reizung nur noch vermehren. Dagegen sind heisse Bäder und Abführmittel sehr zu empfehlen. Sehr gerühmt werden gute, süsse oder mit Weinsteinrahm verbundene Molken. So lange der Urin eiweisshaltig ist, so lange müsste der Kranke im Zimmer gehalten und vor Witterungseinflüssen geschützt werden. Zur Nachkur dient schwefelsaures oder zitronensaures Eisen.

Sind bei diesem Verfahren alle üblen Symptome geschwunden und der Urin bleibt, obwohl in Farbe, spez. Gewichte und Quantität ganz normal, dennoch auch nach Verlauf von zwei Monaten eiweisshaltig, so kann man das in neuester Zeit empfohlene Acidum gallicum versuchen; es pflegt sehr schnell den Eiweissgehalt des Urines zu vermindern. Bleibt aber derselbe dennoch sehr albuminös, so hat man allerdings eine bedeutende Strukturveränderung der Niere (die eigentliche Bright'sche Krankheit) zu besorgen und man muss deshalb eine genaue mikroskopische Untersuchung des Urines vornehmen. Findet sich in demselben ein wolkiges Sediment, das aus Fibrinzylindern, vielen freien Oelkügelchen und Epithelialzellen, die meistens Oelkügelchen enthalten oder deren Kerne bei Einwirkung von Essigsäure sich als Eiterzellen erweisen, zusammengesetzt ist, so ist das Dasein einer Bright'schen Desorganisation der Nieren zu befürchten. Nach Johnson ist diese Befürchtung auch dann gerechtfertigt, wenn der Urin diesen mikroskopischen Befund nicht zeigt, aber schon seit länger als drei Monaten in hohem Grade eiweisshaltig ist. Todd empfiehlt in solchem Falle Landluft, besonders Aufenthalt an der Seeküste, oder besser noch eine Seereise in ein angenehm warmes Klima und dabei den innerlichen Gebrauch der Gallussäure. Christisen und Johnson haben dadurch sehr günstige Resultate erlangt. Der Eiweissgehalt des Urines verlor sich nach und nach, damit verschwand zugleich der Hydrops und der Kranke kam zu voller Kraft und Gesundheit wieder.





Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankh. werden erbeten u. nach Erscheinen jedes Heftes gut honorirt.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben od. den Verlegern einzusenden.

[BAND XXII.] ERLANGEN, MAERZ u. APRIL 1854. [HEFT 3 u. 4.]

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Ueber den Spasmus Dubini oder die sogenannte elektrische Chorea, von Dr. F. J. Behrend, Mitherausgeber dieser Zeitschrift.

Auf dem siebenten wissenschaftlichen Kongresse italienischer Gelehrten, welcher 1846 zu Neapel stattfand, sprach Dubini, Arzt am grossen Hospitale zu Mailand, zuerst über eine Krankheit, die sich in einigen Fällen sehr rapide und tödtlich erwiesen hatte und die bis dahin nicht genau beobachtet worden war. Er nannte die Krankheit zuerst klonischen Krampf (Convulsione clonica), dann aber Chorea electrica (S. seine Abhandlung: Primi cenni sulla corea elettrica in den Annali univ. di Medicina di Omodei, 1846, T. 117, p. 4 etc.). Diesen letzteren Ausdruck entnahm er theils aus der Aehnlichkeit der Zuckungen mit denen des gewöhnlichen Veitstanzes, theils aus der stossenden, rhythmischen Gestaltung dieser Zuckungen, gleichsam als ob sie durch einen regelmässig unterbrochenen elektrischen Strom erzeugt würden. Die Mittheilung Dubini's machte Aufsehen; es erinnerten sich ältere Aerzte, dergleichen Fälle gesehen zu haben; es wurden dergleichen anderswo, besonders in der Lombardei, beobachtet und aufgezeichnet. Bald erkannte man, dass der von Dubini gewählte Ausdruck ein unpassender sei, zumal da er leicht in der Beurtheilung des Wesens der Krankheit auf Abwege führen konnte. Hörtel (Journal für Kinderkrankheiten 1849) gebrauchte den Ausdruck Myelitis convulsoria und Carlo Frua den Ausdruck: Konvulsivischen Cerebraltyphus (Del tifo cerebrale convulsivo, in den Annali univ. di Medicina di Omodei, T. 144,

Giugno e Luglio 1853). In der neuesten Abhandlung über diesen Gegenstand, die uns hier vorliegt, schliesst sich der Verfasser derselben, Herr Giuseppe Morganti, erster Arzt am grossen Hospitale zu Pavia, dieser letzteren Benennung an; er hält sie jedenfalls für besser als die von Dubini gewählte Bezeichnung, die er jedoch fortwährend gebraucht (Della corea elettrica, del Dottor Giuseppe Morganti, in der Gazzetta medica italiana Lombardia, Agosto 1853, Nro. 33, 35, 36 und 38).

Uns will aber keine dieser Benennungen zusagen, und bis das Wesen dieser eigenthümlichen Krankheit, die allerdings, streng genommen, keine Kinderkrankheit ist, aber doch alle Beachtung der mit Pädiatrik besonders beschäftigten Aerzte verdient, festgestellt ist, schlagen wir vor, sie zu Ehren des ersten genauen Beobachters derselben Dubini'schen Krampf, Spasmus Dubini, zu nennen.

Herr Morganti berichtet, dass er den Dubinischen Krampf in den eben abgelaufenen Jahren 1852 und 1853 zum Gegenstande besonderer Forschung gemacht habe. Bis zu einer gewissen Zeit habe er in den Fällen, die ihm in seinen Sälen zur Behandlung gekommen waren, nichts weiter erblickt als eine eigenthümliche Form von Krämpfen, oder höchstens als eine meistens tödtliche Affektion des Gehirnes. Erst später ist er durch wiederholte Leichenöffnung, durch genaue Vergleichung und sorgsame Beobachtung auf den Gedanken gekommen, dass wohl ein eigenthümlicher Mischungszustand des Blutes die Hauptursache sei. Er glaubte nämlich, annehmen zu müssen, dass das Blut mit venösen oder typhösen Elementen überladen sei (sopraccaricato di principj venosi o tifici) und sowohl durch sich allein als auch nach anatomischen Gesetzen einerseits die Krämpfe und andererseits die Gehirnerscheinungen erzeuge, je nachdem die schädlichen Elemente mehr auf das Rückenmark oder mehr auf das Gehirn wirken. Er bezieht sich hierbei auf die Untersuchungen von Brown-Sequard (Du sang veineux comme excitateur de certains mouvements, s. Bulletin de Société de Biologie, Juillet 1849) und besonders auf klinische Beobachtungen und Untersuchungen.

Wir müssen es Herrn Morganti überlassen, diese seine Hypothese zu beweisen. Es scheint in der That der Dubinische Krampf eine neue Krankheit zu sein, deren eigentliche Natur wir nicht kennen. Jedenfalls ist sie vor Dubini nirgends be-

sonders hervorgehoben worden, was doch bei ihrer auffallenden, charaktervollen Erscheinung und ihrer raschen Tödtlichkeit geschehen wäre, wenn sie sich gezeigt hätte. Es ist bemerkenswerth, dass die Krankheit vorzugsweise in der Lombardei beobachtet worden ist und dass sich die Zahl der Fälle jetzt immer mehr zu häufen scheint. Dubini hat vom Jahre 1837 bis 1846, also in einem Zeitraume von 9 Jahren, 38 Fälle wahrgenommen. Morganti in Pavia sah 1847 einen Typhuskranken, welcher am 27. Tage der Krankheit alle die Stösse und Zuckungen des Dubinischen Krampfes darbot, und dieser Fall war es auch, der ihn auf die obenerwähnte Hypothese führte. Aber erst im Dezember 1851 schien diese eigenthümliche Krankheit in die Provinz Pavia Eingang gefunden zu haben; denn zu dieser Zeit sah daselbst Morganti die ersten wirklichen Fälle dieser Art. Dann häuften sie sich aber so, dass er in Allem binnen 20 Monaten in dem Hospitale zu Pavia blos in der Abtheilung für Männer 39 Fälle zählte und behandelte. Während aber Dubini und Frua die Krankheit häufiger beim weiblichen als beim männlichen Geschlechte bemerkten, beobachtete Morganti gerade das Gegentheil. Die meisten Individuen, welche von dieser schrecklichen Krankheit betroffen worden sind, befanden sich in dem Alter von 14 bis 30 Jahren und waren kräftig und munter, von hübscher Gestalt und ganz gesunder Konstitution, so dass es schien, als ob die Krankheit die Schönsten, Blühendsten und Kräftigsten geradezu sich aussuche. Von den von Morganti beobachteten Kranken waren nur 2 in dem Alter von 54 Jahren, aber auch diese beiden waren sehr kräftige, gesunde und hübsch gestaltete Personen. „Unter den von der Krankheit Ergriffenen, sagt Morganti, sah ich keinen, der gealtert, abgeschwächt, gedunsen oder dyskrasisch gewesen wäre.“ Es waren aber auch Kinder vom 7. Jahre an ergriffen.

Man kann auch nicht sagen, dass irgend eine Krankheit vorangegangen wäre, von der man annehmen konnte, dass sie zur Entwickelung des Dubinischen Krampfes Anlass gegeben hätte.

Die davon Ergriffenen fühlten kurze Zeit vorher nichts weiter als vorübergehende Müdigkeit und Abgeschlagenheit, wie nach einer sehr grossen Anstrengung. Darauf zeigten sich bald als Eingangssymptome partielle Muskelkontraktionen, Betäubung in den von diesen leisen Zuckungen heimgesuchten Theilen und Abstumpfung des Tastgefühles. Diese Symptome verhindern auf

Augenblicke den Gebrauch der Ackergeräthschaften und das Gehen, so dass die Kranken während der Anfälle von ihrer Beschäftigung abstehen müssen, um sie nachher wieder aufzunehmen. Im Uebrigen war das Befinden der Kranken nach ihrem eigenen Urtheile ein ganz gutes; der Appetit normal, der Schlaf natürlich und alle Lebensverrichtungen gingen gesund von Statten; sie hielten diese Erscheinungen für vorübergehend und verlangten weder nach einem Arzte, noch fühlten sie sich angetrieben, das Hospital aufzusuchen. Um sie in dieser Täuschung zu erhalten, schwiegen diese Symptome Tage und Monate bisweilen ganz und gar, um mit erneuerter Heftigkeit wieder hervorzutreten. Unter solchem Wechsel von Störung und Wiederkehr der Funktionen erfolgt der Tod als das endliche und sichere Resultat dieser eigenthümlichen Krankheit. Sehr oft aber auch suchen die Kranken, wenn das Uebel sehr ernstlich zu werden beginnt, das Hospital auf und so hatte Morganti, dessen Schilderung wir im Nachfolgenden hauptsächlich vor Augen haben, am grossen Hospitale zu Pavia Gelegenheit, den Dubinischen Krampf in allen seinen Abstufungen, Formen und Phasen zu studiren und die verschiedensten Heilmethoden gegen denselben zu versuchen. Dabei begnügte er sich nicht nur mit den zahlreichen Leichenöffnungen, sondern er machte auch, nachdem er sich einmal eine Theorie der Krankheit gebildet hatte, Versuche an Thieren, um die Richtigkeit seiner Theorie zu prüfen.

Seinen Beobachtungen zufolge kommt der Spasmus Dubini in drei Hauptformen vor, die er die spinale, die cerebrale und die typhöse oder Typhusform nennt.

Die auffallendste und am häufigsten notirte Form ist die spinale.

Diese Form hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem gewöhnlichen Veitstanze, und wenn diese Aehnlichkeit auch nur eine entfernte ist, so gleicht sie ihm doch mehr, wie die anderen beiden Formen. Sie ist es auch, die zu der von Dubini gebrauchten Bezeichnung Chorea electrica hauptsächlich Anlass gegeben hat, da sie am häufigsten vorkommt und die ersten von Dubini beobachteten Fälle ihr angehörten. Morganti definirt sie als eine in rhythmischen Stössen der Glieder, der einen Körperhälfte, des ganzen Körpers sich äussernde konvulsivische Krankheit.

Pathologische Anatomie. In den Leichen der an dieser Form des Spasmus Dubini Verstorbenen fanden sich ver-

schiedene Veränderungen nicht nur in den wichtigeren Partieen des Nervensystemes, sondern auch in vielen anderen Organen und selbst in den Flüssigkeiten des Körpers. Dubini legt auf diese in den Leichen gefundenen Veränderungen wenig Gewicht. „In den meisten Fällen, sagt er, fand ich bei der sorgfältigsten Untersuchung des Gehirnes und Rückenmarkes kaum etwas mehr als eine geringe venöse Kongestion der Pia mater und eine unbedeutende, die Norm kaum übersteigende Ergiessung eines klaren Serums unter der Arachnoidea der Hemisphären, in den Seitenventrikeln des Gehirnes und auf dem Lumbartheile des Rückenmarkes. Ich habe weder eine Veränderung der Form, noch der Konsistenz, noch der Farbe an der Gehirnmasse im Ganzen oder in dem Verhältnisse seiner einzelnen Theile angetroffen; nur in einigen Fällen erschien die weisse Gehirnsubstanz rosig gefärbt und auf der Durchschnittsfläche mit Blutpunkten übersäet, welche die Durchschnitte der kleineren Gefässe darboten. Diesen geringen Kongestivzustand der Meningen und des Gehirnes aber kann ich nicht für besonders wichtig erachten; jedenfalls kann ich darin nicht den Grund der Krankheitserscheinungen erblicken und zwar aus folgenden Gründen: 1) Die wirkliche als Krankheit auftretende Kongestion des Gehirnes zeigt sich, wie ich anderswo dargethan habe (Alcuni avvertenze di anatomia patologica, lette al Congresso di Milano, mitgetheilt in den Annal. univ. di Medicina di Omodei, Febbrajo 1845), mit viel ernsteren und charakteristischeren anatomischen Merkmalen. 2) Eine eben solche und noch viel stärkere Kongestion zeigt sich bei allen Denen, welche gestorben sind, ohne vorher Blut verloren zu haben oder durch den Gang der Krankheit selber erschöpft geworden zu sein, ganz besonders aber in den Fällen, wo der gewaltsam herbeigeführte Tod unter bedeutenden und verlängerten Muskelanstrengungen stattgefunden hat. 3) In nicht wenigen Fällen von Chorea electrica, wo Blutentziehungen vorgenommen worden sind, fand sich nach dem Tode das Gehirn mit den Meningen fast ganz anämisch."

Hieraus schliesst nun Dubini, dass das Charakteristische der von ihm beschriebenen neuen Krankheit in der Abwesenheit jeder anatomisch bemerkbaren Veränderung besteht. Morganti hält jedoch die erwähnte Kongestion des Gehirnes für viel wichtiger; er versichert, dass er selbst in den Fällen, die in hohem Grade antiphlogistisch behandelt worden

sind, immer eine sehr bedeutende Kongestion angetroffen habe, die er unmöglich für eine blos kadaverische oder durch den Todeskampf herbeigeführte Wirkung halten konnte. Auch widerspricht er, wie bereits erwähnt, Dubini hinsichtlich des übrigen Leichenbefundes. Er bedauert, dass die anderen Aerzte durch die Autorität Dubini's sich haben verleiten lassen, die venöse Kongestion des Gehirnes und der Meningen für nichts zu achten und nach anderen pathologischen Veränderungen suchten, sich beklagend, dass sie nichts fanden, was ihnen über die im Leben wahrgenommenen Erscheinungen Auskunft geben konnte. Morganti sieht den Grund hiervon lediglich in dem Umstande, dass man durchaus konstante Veränderungen im Gehirne und Rückenmarke oder in den anderen inneren Organen habe antreffen wollen, während doch diese Veränderungen von der venösen Kongestion an bis zu sehr sichtbaren Erscheinungen nach der längeren oder kürzeren Zeit, welche die Krankheit gedauert hat, sich modifizirten. Es gibt allerdings konstante Veränderungen, aber diese Veränderungen sind sehr verschieden nach der Periode der Krankheit. Der Uebersicht wegen hat Morganti die pathologischen Veränderungen nach der stattgehabten Dauer der Krankheit geordnet.

a) Pathologische Veränderungen im Gehirne und Rückenmarke bei kurzer Dauer der Krankheit oder primärer Befund. Hat der Spasmus Dubini in seiner Spinalform binnen 8 bis 10 Tagen den Tod herbeigeführt, so zeigt sich folgender Leichenbefund: Der äussere Habitus ist sehr auffallend; die Starrheit der Leiche ist sehr bedeutend und anhaltend; die Fersen sind nach hinten gezogen und die Hände fest eingeschlagen. Die Muskeln zeichnen sich überall unter der äusseren Haut in höchst merkwürdiger Weise ab; man sieht durch dieselbe ihre Ansatzpunkte und ihre Gewundenheit ganz deutlich, und es scheint, als ob durch eine noch wirkende Kraft die Muskeln in der kräftigsten Kontraktion gehalten würden. Dabei ist der Körper gewöhnlich voll und kräftig und mit einem weichen Fettlager versehen. Der Schädel war immer sehr reich an dunklem Blute. Wurde er gegen das Licht gehalten, so zeigte sich die Diploë mit ausgeschwitztem oder aus kleinen zerrissenen Gefässen ergossenem dunklem Blute vollgetränkt. Die äussere Fläche der Dura mater war ganz mit Inseln, die aus angefüllten und zum Theile zerrissenen kleinen Blutgefässen und

ergossenem Blute bestanden, besetzt. Zwischen diesen Inseln zeigte sich eine sehr auffallende und injizirte Gefässentwickelung. Eine eben solche aber feinere Verzweigung injizirter kleiner Blutgefässe zeigte sich auf der inneren Fläche der Dura mater. Im oberen Längensinus befanden sich theils fibrinöse, theils frische Blutgerinnsel. Die Meningealvenen waren mit schwarzem Blute angefüllt, das zum Theil auf die äussere Fläche des Gehirnes sich ergossen hatte. Die Pia mater war von strotzend vollen, sehr entwickelten Gefässen durchzogen. Die Arachnoidea zeigte sich bisweilen trocken, bisweilen mit kleinen ekchymotischen Flecken bedeckt; in den Windungen der Gehirnoberfläche fand sich gewöhnlich etwas Serum, das in einem Falle sogar etwas blutig erschien; in einem anderen Falle fand sich zwischen Arachnoidea und Pia mater etwas gallertartiges Serum.

Herr Morganti führt für die hier geschilderte Form folgende Beispiele an:

Angelo Secchini, 15 Jahre alt, starb am 7. Dezember 1851 nach dreitägigem Aufenthalte im Hospitale. In der Leiche fanden sich: Entwickelung und Anfüllung der Meningealvenen; lose, frisches Fasergerinnsel im oberen Längensinus; Serum unter der Arachnoidea, das unter der linken Hälfte dieser Membran etwas blutig gefärbt ist.

Domenico Galanti starb am 19. Oktober 1852 nach viertägigem Aufenthalte im Hospitale; es fand sich eine sehr entwickelte Gefässverästelung auf der äusseren Fläche der Dura mater, eine etwas geringere auf ihrer inneren Fläche; die Galenischen Venen sehr entwickelt und voll.

Ferdinand Capra starb am 11. September 1852 nach fünftägigem Aufenthalte im Hospitale; es fanden sich ganz kleine tropfenähnliche Blutergüsse auf der äusseren Fläche der Dura mater und etwas entwickelte Gefässverästelung auf der inneren Fläche.

G. Calvi starb am 17. Oktober 1852, am achten Tage seines Aufenthaltes im Hospitale. Es zeigten sich zahlreiche kleine Bluttropfen auf der äusseren Fläche der Dura mater, welche reich an kleinen strotzenden Blutgefässen war.

G. Bocchetta starb am 6. Februar 1852 nach zweitägigem Aufenthalte im Hospitale. Man fand die Dura mater von sehr feinen injizirten Blutgefässen durchzogen, besonders an ihrem hinteren Theile; die Membran erschien äusserlich theils hierdurch, theils durch wirkliche Infiltration mit blutigem Serum rosig gefärbt.

Auch auf der inneren Fläche der Dura mater zeigte sich solche Gefässeinjektion. Die Pia mater ebenfalls mit einem ungewöhnlich entwickelten Gefässnetze versehen. Unter der Arachnoidea ekchymotische Flecke und an der Basis des Gehirnes war die Gefässinjektion am grössten. Es ist zu bemerken, dass dem Kranken dreimal sehr reichlich zur Ader gelassen worden war und zwar binnen der kurzen Zeit von $1^1/_2$ Tagen.

P. Sacchi starb am 26. März 1852 nach dreitägigem Aufenthalte im Hospitale; in dieser kurzen Zeit war ihm viermal reichlich zur Ader gelassen worden und ausserdem hatte man ihm zweimal eine tüchtige Anzahl Blutegel an den Kopf gesetzt. Es fand sich die Diploë des Schädelgewölbes reichlich mit Blut getränkt; die Dura mater etwas trübe, unter der Arachnoidea ein seröser Erguss und die Pia mater mit einem sehr entwickelten Gefässnetze.

Im Gehirne selber hatte bei fast allen Kranken die venöse Kongestion ihren höchsten Grad erreicht; die ganze Gehirnsubstanz war strotzend voll mit schwarzem Blute. Die Kortikalschicht fand sich in allen Fällen auffallend geröthet. Beim Abheben der Gehirnhäute zeigten sich auf der Kortikalschicht unzählige kleine, zarte, strotzend volle Blutgefässe, welche zerrissen und Blutstropfen von sich gaben. Auch die Gehirnsubstanz war von solchen Gefässen überall durchzogen, so dass sie bei den verschiedenen Durchschnitten entweder in unzähligen kleinen rothen Punkten oder in Form von Streifen oder in wirklichen dunkelroth gefärbten Stellen vor Augen traten. Die weisse Hirnmasse verdiente eigentlich diese Bezeichnung nicht mehr, sie war gesprenkelt mit rothen Stellen oder Inseln und zeigte gegen dieselbe Substanz aus anderen Leichen einen sehr auffallenden Kontrast. Die Seitenventrikeln jedoch enthielten keine grössere Menge Serum als gewöhnlich in den Leichen gefunden wird, nämlich $^1/_2$ bis 1 Löffel voll in jeder Höhle. Jedoch waren ihre Wände von strotzend vollen Gefässen gleichsam tapezirt; die Choroidplexus und, wie schon gesagt, besonders die Galenischen Venen waren strotzend voll mit schwarzem Blute. Nach Frua ist besonders der Pes Hippocampi der Sitz der Kongestion; Herr Morganti hat aber nicht gefunden, dass dieser Gehirntheil eine grössere Blutanschoppung darbietet, als die übrigen Partieen des Gehirnes. Frua glaubte nämlich von dieser vermeintlichen Affektion des Pes Hippocampi die Entstehung der eigenthümlichen Krampfform

beziehen zu können (l. a. O., Luglio 1853, p. 49). Morganti bemerkt aber mit Recht, dass der Pes Hippocampi eigentlich nichts weiter ist, als eine deutlicher markirte umgestülpte Konvolution des Gehirnes, und dass dessen Kongestion keine andere Bedeutung haben kann, als die der Hemisphären; er hat auch nicht gesehen, dass, wenn der Pes Hippocampi an einer Seite blutreicher gefunden worden ist, als an der anderen, die entsprechende Körperhälfte konvulsivischer sich gezeigt hatte, als die andere. Die gestreiften Körper und die Thalami optici waren besäet mit feinen rothen Punkten. In einem Falle fand sich der rechte Bulbus olfactorius gerötheter als der linke, während die Thalami gerade das Entgegengesetzte darboten, und bei diesem Subjekte war in der That die Konvulsion vorzugsweise eine linkseitige. Ein anderes Mal fand sich ein kleines Blutextravasat von der Grösse eines Stecknadelknopfes im linken Thalamus und das Subjekt hatte vorzugsweise eine rechtsseitige Konvulsion gehabt.

Die Substanz des Gehirnes erschien häufig vergrössert und voll; meistens war sie aber von sehr derber Konsistenz. Morganti gedenkt eines jungen Burschen, dessen Leiche zum anatomischen Unterrichte gedient hatte; Professor Panizza, ohne zu wissen, von welchem Kadaver das Gehirn genommen war, wunderte sich über die grosse Derbheit der Gehirnsubstanz, die so fest war, dass die durchschnittenen Stücke mehrere Tage für die Vorlesungen dienen konnten.

Morganti erwähnt jedoch auch eines merkwürdigen Leichenbefundes bei einem Manne, der, ohne jemals krank gewesen zu sein, plötzlich von epileptischer Chorea oder Spasmus Dubini befallen wurde und nach 8 Tagen daran verstarb. Im Gehirne dieser Leiche fanden sich sechs grosse Akephalokysten (Hydatiden), von denen zwei auf der äusseren Fläche der rechten Hemisphäre, zwei andere auf der inneren Fläche derselben und die zwei übrigen auf der Basis des Gehirnes sassen. Die weisse Gehirnsubstanz war übrigens überall roth punktirt und hatte viele rosige kleine Flecke, die offenbar nur aus einer dichteren Gruppirung solcher Blutpunkte bestanden. Bei diesem Subjekte war die Chorea vorzugsweise eine rechtseitige.

Ein Knabe, 15 Jahre alt, Namens Felix Beretta, starb am 16. Juni 1853 am 4. Tage seines Aufenthaltes im Hospitale. Die ganze linke Hemisphäre war reich an feinen, aber sehr deutlich injizirten Gefässen, die auch in der rechten Hemisphäre sich

zeigten, aber in viel geringerem Grade. Die graue Hirnsubstanz hatte eine rosige Farbe. Die Ventrikelwände waren eben so injizirt und im linken Thalamus bemerkte man ein Blutextravasat von der Grösse eines Stecknadelkopfes. In diesem Falle war die Chorea vorzugsweise eine rechtsseitige gewesen.

Morganti behauptet, auch in den Angaben von *Frua* könne man deutlich erkennen, dass er ähnliche Gehirnaffektionen in den Leichen gefunden; nur habe er sie nicht nach den verschiedenen Phasen der Krankheit unterschieden, offenbar weil er ihnen nach der Autorität *Dubini's* keine Wichtigkeit beigelegt und ihnen gewissermaassen nur eine negative Bedeutung gegeben habe.

Was das *kleine Gehirn* betrifft, so stand sein Kongestionszustand durchaus nicht im Verhältnisse zu dem des grossen Gehirnes. *Morganti* hat ersteres oft durchaus blass und blutleer gefunden, während letzteres voller Blutpunkte und gerötheter Stellen war. In einem Falle fand er jedoch auch das kleine Gehirn sehr stark geröthet und injizirt; in einem anderen Falle zeigte sich die weisse Substanz desselben injizirt und die graue fast ins Violette gefärbt. In einem anderen Falle endlich, dessen Subjekt nach dreitägigem Aufenthalte im Spitale gestorben, erschien die graue Substanz des kleinen Gehirnes etwas erweicht.

Den *Gehirnknoten* fand *Morganti* immer mit so reichem Gefässnetze durchzogen, dass dieser Gehirntheil eine durchaus rosenrothe Farbe zeigte. In einem Falle zeigte er etwas rechts von seiner Mittellinie eine kleine Vertiefung, worin sich ein hirsekorngrosses Blutklümpchen befand, das aber bei näherer Untersuchung aus einem Geflechte kleiner mit Blut überfüllter Gefässe bestand.

Das *verlängerte Mark* fand sich auch meistens in einem sehr kongestiven Zustande und einmal bemerkte *Morganti* in der Mitte desselben eine sehr feine, aber deutlich markirte Punktirung, die dieser Partie eine rosenrothe Farbe gab, welche jedoch inselförmig von den beiden weisslicher erscheinenden Seitenrändern begränzt war. — Das *Rückenmark*, welches bei derjenigen Form des Spasmus Dubini, die *Morganti* als die Spinalform unterscheidet, doch die Hauptrolle spielen sollte, hat überaus wenig Veränderungen gezeigt. Was sich fand, waren, wenigstens bei kurzer Dauer der Krankheit, oder, mit anderen Worten, in der ersten Periode derselben, partielle Kongestion, sehr

reichliche Gefässentwickelung und eine festere Konsistenz der Marksubstanz. In einigen Fällen, in denen der Tod binnen zwei- bis achttägiger Dauer der Krankheit erfolgt war, zeigte sich die genannte rothe Punktirung bald mehr, bald minder markirt, bald mehr, bald minder ausgedehnt in der Cauda des Rückenmarkes und diese Stellen waren dann zugleich so derb, dass man sie durch bloses Betasten von den anderen Stellen unterscheiden und sie in zarte Scheibchen zerlegen konnte. Einige Male fand Morganti im Rückenmarke aber durchaus nichts Abnormes.

F. Beretta, 13 Jahre alt, starb am 17. Juni 1853 am vierten Tage seines Eintrittes ins Hospital; ausser der früher erwähnten Kongestion des Gehirnes fand sich der obere Cervicaltheil des Rückenmarkes sehr geröthet und etwas verhärtet. — Andere Fälle erzählt Herr Morganti nicht, bezieht sich aber auf den von Hörbel im Journal für Kinderkrankheiten mitgetheilten Fall, wo ebenfalls ein entzündlich kongestiver Zustand in der vorderen Partie des Rückenmarkes gefunden worden. Dubini und Frua legen auf die im Rückenmarke gefundenen Veränderungen durchaus kein Gewicht, da sie sie durchaus nicht als konstant erkannten; in einigen Fällen fand Dubini die Arachnoidea des Rückenmarkes mit kleinen knorpeligen Schuppen besetzt, die er aber auch in den Leichen der an manchen anderen Krankheiten Gestorbenen gefunden hat. — Frua erklärt geradezu, dass er das Rückenmark und dessen Hüllen stets normal gefunden.

b) Sekundäre pathologisch-anatomische Veränderungen. Es ist hier vorzugsweise von dem Leichenbefunde bei denjenigen Individuen die Rede, die nach längerer Dauer des Spasmus Dubini gestorben sind. Schon der äussere Habitus zeigt gegen die, bei denen nach sehr kurzer Dauer dieser merkwürdigen Krankheit der Tod erfolgt ist, einen sehr bedeutenden Unterschied. Die Körper boten eine solche Abmagerung und Verminderung an Fülle dar, dass selbst in den muskelreichsten Theilen von den kräftigen Muskeln, die im Leben sichtbar unter der Haut hervorzutreten pflegen, keine Spur zu bemerken war. Die Vorsprünge und Winkel bildeten die Knochen; dabei war gewöhnlich brandiges Durchliegen auf dem Kreuzbeine und den Trochanteren vorhanden, und es ist dieses um so auffallender, wenn man bedenkt, dass es fast nur Individuen in voller Blüthe des Lebens und in allem Turger der Gesundheit waren, welche von der Krankheit ergriffen wurden. — Im Gehirne und Rückenmarke

zeigten sich die weiteren Folgen der Kongestion. Die Meningen waren von einem mehr oder minder reichen Gefässnetze durchzogen, verdickt und trübe. Diese Verdickung zeigte sich in der Dura mater besonders längs des Verlaufes der grösseren Gefässe; in einem Falle fanden sich diese Gefässe mit der Arachnoidea durch fibrinöse Konkretionen verwachsen. Morganti sieht darin einen Beweis für die aktive Natur dieser Kongestion, deren Bedeutung er noch durch Mittheilung einiger Fälle, die wirkungswidrige sein wollen, besonders ins Licht zu stellen sucht.

P. Cavagnini, ein Bauernbursche, 15 Jahre alt, starb nach fünfzehntägigem Aufenthalte im Spitale. Die Leiche war abgemagert; die Hirnschale mit Blut infiltrirt; an der äusseren Fläche der Dura mater bedeutendes Gefässnetz und hier und da anscheinend einige Blutstropfen. Längs des ganzen oberen Längensinus fand sich schwarzes geronnenes Blut; die Dura mater war an einigen Stellen etwas verdickt und besonders im Verlaufe der mittleren Meningealarterien. Auch die Pia mater nahm an diesen Veränderungen einigen Antheil.

F. Galanti, 13 Jahre alt, starb, nachdem er 13 Tage vom Dubinischen Krampfe heimgesucht worden war. Es fanden sich eine sehr markirte Gefässentwickelung auf der äusseren Fläche der Dura mater und ein feineres auffallendes Gefässnetz auf deren innerer Fläche; ausserdem aber ein Fasergerinnsel im oberen Längensinus und eine sehr beträchtliche Gefässentwickelung auf der Pia mater. Die Arachnoidea war getrübt, besonders nach dem Scheitel zu, in welcher Gegend sich zwischen ihr und der Pia mater eine Schicht gallertartigen Serums abgelagert hatte. Die Behandlung war eine sehr antiphlogistische gewesen; es waren sechs Mal 18 Blutegel an den Kopf und 8 auf das Epigastrium gesetzt und ausserdem 12 blutige Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule applizirt worden.

Das grosse Gehirn zeigte entsprechende sekundäre Veränderungen. Die erläuternden Fälle, die Morganti berichtet, sind in Kürze folgende:

P. Cavagnini, der, wie bereits erwähnt, nach fünfzehntägigem Aufenthalte im Spitale gestorben war, zeigte kleine, konfluirende rothe Punktirung in der grauen Substanz der Gehirnwindungen. Auch die weisse Substanz zeigte solche Punktirung, obwohl in geringerem Grade. Die rechte Hemisphäre war gerötheter als die linke; man fand daselbst inselförmig begrenzte rothe Stellen.

Längs der Fossa Sylvii in den Membranen fanden sich kleine, weisslich infiltrirte Stellen, wie man sie bei den an tuberkulöser Meningitis Gestorbenen anzutreffen pflegt. In den Seitenventrikeln fand sich meistens kaum ein halber Esslöffel voll Serum; die Wände dieser Höhlen waren mit grossen entwickelten Gefässen bezogen, die Galenischen Venen strotzten von Blut, das Choroidgeflecht war von angefüllten Gefässen durchwoben, die an der rechten Seite dieses Geflecht allein auszumachen schienen. Die Thalami optici zeigten ebenfalls ein entwickeltes Gefässnetz und eine rothe Punktirung; der rechte Thalamus erschien gerötheter als der linke. Dabei aber erschien der hintere Theil der Hemisphären weniger blutreich, als der vordere Theil derselben. Die Gehirnlappen waren erweicht, ein Umstand, den Morganti im Gegensatze zu der Derbheit der Gehirnsubstanz in der ersten Phase der Krankheit als charakteristisch für die längere Dauer derselben oder ihre zweite Phase betrachtet.

Bei dem ebenfalls schon erwähnten F. Galanti, welcher nach dreizehntägigem Aufenthalte im Hospitale gestorben war, fanden sich ähnliche Veränderungen, nämlich eine sehr auffallende Punktirung aus konfluirenden kleinen Gefässen bestehend, innerhalb der weissen Gehirnsubstanz, der Corpora striata, der Thalami optici, so wie ferner die graue Substanz der Windungen so erweicht sich zeigte, dass sie leicht zerging.

Carl Bosoni, 13 Jahre alt, gestorben am 30. Oktober 1852 nach 31 tägigem Aufenthalte im Spitale, hatte die Seitenhöhlen des Gehirnes angefüllt mit Serum und die ganze Gehirnsubstanz war weich wie Brei.

Bei Angiolo Siena fand sich die graue Substanz der Windungen sehr röthlich gefärbt und etwas erweicht; die weisse Substanz war überall roth punktirt. — Auch in der Leiche des mehrfach genannten Galletti, welcher an 40 Tage am linkseitigen Spasmus Dubini gelitten hatte, erschien die Gehirnsubstanz auffallend roth punktirt, während das Corpus callosum, der Fornix und der vordere Theil der Gehirnlappen sehr erweicht waren.

Morganti erklärt, dass er diese zweite Reihe der pathologischen Veränderungen nicht für die Wirkung der Krämpfe halten könne, sondern dass er sie aus der Quelle herleiten müsse, aus welchen diese Krämpfe entspringen. Während die blose Hyperämie die kurze Dauer der Krankheit charakterisirt, charakterisiren diese Erweichungen, die sich bisweilen auch im Rückenmarke

zeigten, die längere Dauer der Krankheit. — Dubini dagegen, der materielle Veränderungen im Gehirne und Rückenmarke bei den an dem von ihm beschriebenen Spasmus Gestorbenen nicht erkannte, betrachtet sie als Ausnahmen. Er bemerkt, dass bei einem Kinde, bei dem mit dieser Krampfform eine Paralyse des rechten Armes, Geistesstumpfheit, ein trockener Husten, Aphthen, Durchfall und schnelle Abmagerung verbunden waren, ausser Tuberkeln im Gipfel einer Lunge, sehr vielen kleinen Schleimhautgeschwüren im Dickdarme sich eine schmutzigweisse Erweichung mit serös-eiteriger Infiltration in der Mitte der linken Hemisphäre und im linken Thalamus opticus vorfand. Eine ähnliche grauröthliche Erweichung zeigte derselbe Thalamus bei einer 50 Jahre alten Dame, welche an einem rechtsseitigen Spasmus dieser Art verstorben war, so wie ferner bei einem kleinen Mädchen, welches am 23. Tage der Krankheit erlag, während deren es fast immer schlummersüchtig war und eine vollständige Lähmung des rechten Armes hatte, der keine andere Bewegung zeigte, als die vom Spasmus erzeugten Bewegungen. Dubini erklärt diese drei Fälle für die einzigen, in denen sich eine materielle Veränderung des Thalamus, und zwar immer des linken, mit entsprechender Paralyse an der entgegengesetzten Seite wahrnehmen liess und er sprach sich dahin aus, sie lediglich für Komplikationen der von ihm beschriebenen einfachen, ohne alle materielle Veränderung im Gehirne begleiteten Krampfform zu erklären.

Was das kleine Gehirn betrifft, so hat es Morganti in den Fällen, die längere Zeit gedauert hatten, im Verhältnisse zum grossen Gehirne fast gar nicht verändert gefunden; nur in einigen Fällen war es etwas geröthet und bisweilen fand sich auch die graue Substanz am hinteren Theile der Lappen des kleinen Gehirnes besonders nach links hin etwas erweicht. — Im Gehirnknoten traf Morganti wohl die Spuren der Hyperämie, niemals aber eine Konsistenzveränderung. Was das verlängerte Mark und das Rückenmark betrifft, so ergaben sich ganz dieselben Veränderungen wie im Gehirne, nämlich sehr bedeutende Hyperämie (Gefässüberfüllung, Röthung) und nicht selten verminderte Konsistenz im Gegensatze zu der festeren oder derberen Konsistenz in den Fällen, wo die Krankheit schon nach wenigen Tagen den Tod gebracht hat.

Morganti wundert sich, dass man diese partiellen Erweichungen im Gehirne und im Rückenmarke in den Fällen, in denen

die Krankheit eine längere Zeit gedauert, habe übersehen können; er muthmasst, dass man die Leichenuntersuchung nicht sorgfältig genug gemacht habe. Die Erweichung des Rückenmarkes ist, wie Morganti anführt, bisweilen wirklich auffallend gewesen; die Erweichung betraf in den von ihm angeführten Beispielen bisweilen das ganze Rückenmark, bisweilen nur den Lumbartheil und bisweilen nur den Cervicaltheil; in einem Falle war der Cervicaltheil nur in seiner vorderen Hälfte erweicht, während eine zweite Erweichung im Dorsaltheile und eine dritte in der Lumbaranschwellung des Rückenmarkes sich fand, wo aber nicht die vordere, sondern die hintere linke Partie in einen Brei umgewandelt war. Es liess sich auch ganz deutlich eine Trübung und Verdickung der Häute des Rückenmarkes, besonders der Dura mater erkennen, die von grossen, strotzend vollen Gefässen durchzogen war. —

Auch Frua hat in einigen Fällen, in denen die Krankheit längere Zeit gedauert hat, ähnliche Erweichungen gefunden und Morganti glaubt in allen diesen Thatsachen hinlängliche Beweise zu finden, dass die Annahme, Veränderungen im Gehirne und Rückenmarke spielen beim Spasmus Dubini gar keine Rolle oder fehlen ganz und gar, eine durchaus irrige sei.

Bei dieser Gelegenheit erwähnt Morganti einer eigenthümlichen Form von Krämpfen, welche im Jahre 1846 in Belgien beobachtet wurde. Es waren dieses sehr schmerzhafte Krämpfe in verschiedenen Theilen und bisweilen des ganzen Körpers, die ziemlich oft nach kürzerer oder längerer Zeit mit dem Tode endigten. Zuerst machte diese Krampfform im Zuchthause zu Namur und in den Gefängnissen von St. Bernard sich bemerklich, wo sie von Stacquez, Cambrotin und Saunier beobachtet worden ist und spasmodische Kontrakturen genannt wurden. Diese spasmodischen Kontrakturen unterschieden sich jedoch vom Spasmus Dubini wesentlich darin, dass sie nicht wie dieser rhythmische Krampfzuckungen darboten, sondern gewissermassen permanente Kontrakturen der Muskeln des Körpers. Im Allgemeinen waren diese spasmodischen Kontrakturen nicht in solchem Grade tödtlich, aber die verschiedensten Heilmethoden zeigten sich gegen sie eben so unwirksam. Bei dieser in Belgien beobachteten eigenthümlichen Krampfform wurde Anfangs auch jede Veränderung im Gehirne und Rückenmarke als Ursache der Krankheit abgeläugnet, sondern höchstens als die Wirkung der Blut-

stase in Folge der Krämpfe oder gar der Agonie betrachtet oder als kadaverische Phänomene angesehen. Cambretin führt dieselbe Sprache, die Dubini über seine Krampfform führt. „In den seltenen Fällen, sagt Cambretin, in denen wir bei den an den spasmodischen Kontrakturen Gestorbenen die Leichenuntersuchung vorzunehmen Gelegenheit hatten, fanden wir nur einmal eine geringe Punktirung des Gehirnparenchyms und eine nicht sehr bedeutende Anschoppung der Sinus der Meningen, Erscheinungen, die wir eher für kadaverische als vitale halten und die jedenfalls uns nicht ausreichend erscheinen, um die im Leben wahrgenommenen Zufälle zu erklären. Denn diese rothe Punktirung der Gehirnmasse, diese Anschoppung des Sinus finden sich auch in einer grossen Zahl anderer Krankheiten und haben keine andere Bedeutung, als die Wirkung der in den letzten Augenblicken des Lebens gehemmten Zirkulation in den Lungen und im Herzen.“ Einmal hat Cambretin eine fast drei Zoll grosse Erweichung im Rückenmarke angetroffen, aber er hält diese, wie Dubini, für eine zufällige Komplikation. Dagegen fand Saunier im Gegensatze zu Cambretin, gerade wie Morganti im Gegensatze zu Dubini, in 40 Leichen, die er untersucht hatte, 29 Mal das Rückenmark vollkommen erweicht und in diesen 29 Fällen zeigte sich 16 Mal die Erweichung allein ohne irgend eine andere Veränderung in den Centraltheilen des Gehirnes mit Ausnahme von etwas serösem Ergusse; 6 Mal war sie mit einer mehr oder minder deutlichen Punktirung der Gehirnsubstanz begleitet und 6 Mal war diese Punktirung noch mit Gehirnerweichung verbunden, und in einem Falle endlich fand sich daneben noch eine kleine fibröse Geschwulst der Arachnoidea. In den 11 anderen Fällen erschien das Rückenmark gesund, in einem Falle fand sich eine reichliche Ergiessung in den Meningen, in einem anderen Falle eine wirkliche Röthung des Rückenmarkes, die man geneigt war, für die Folge bloser kadaverischer Stases zu halten, obwohl der Tod binnen 14 Stunden erfolgt war. Endlich fand Saunier eine allgemeine Welkheit aller Organe in einem Falle und eine griesige Beschaffenheit der Gehirnsubstanz in einem anderen Falle, während sechs durchaus keine Veränderung in den Nervenherden zeigten. Morganti meint, dass, wenn Saunier die Krankheitsgeschichten mitgetheilt hätte, sich bald ergeben haben würde, warum bald sehr materielle Veränderungen im Gehirne und Rückenmarke gefunden worden, bald gar keine. Man

würde dann, glaubt er, gefunden haben, dass die ersteren Fälle eine zu kurze Dauer hatten, als dass der Krankheitsprozess in den Nervenzentren bis zu dieser Ausbildung gelangen konnte, die er in den Fällen von längerer Dauer erreichte.

c) Tertiärer Befund. Hierunter begreift Morganti alle die Veränderungen, welche die anderen Organe des Körpers darboten; indessen gibt er selber zu, dass nicht alle diese Veränderungen der hier in Rede stehenden Krankheit, nämlich dem Spasmus Dubini, angehören, sondern dass sie auch für sich vorhanden sein und nur zufällig mit dem genannten Spasmus in Kombination treten konnten. Darum passt der Ausdruck: tertiärer Befund ganz gewiss nicht. Im Thorax fand Morganti nichts weiter als die Merkmale der Blutstase, besonders im hinteren Theile der Lungen. In einigen wenigen Fällen glaubt er eine rothe Lobarhepatisation oder Verdichtung einiger Lungenläppchen gefunden zu haben. Im Herzen fand sich dann und wann eine geringe Hypertrophie des linken Ventrikels. Dubini fand auch als eine nicht seltene Komplikation einen kongestiven Zustand des hinteren Theiles beider Lungen und oft auch Tuberkeln in verschiedenem Grade der Ausbildung in denselben. Frua fand die Brustorgane ebenfalls, einige wenige Komplikationen abgerechnet, bestehend in einer geringen Hypertrophie des Herzens oder Verdickung der Klappen, vollkommen normal. — Eben so wenig Entschiedenes boten die Unterleibsorgane dar. Im Magen hat Morganti nur ein einziges Mal eine auffallende Verdickung seiner Wandungen gesehen. In einer anderen Leiche fand er die Schleimhaut der Kardia etwa 4 Zoll im Quadrate mit kleinen, aus röthlichen Punkten zusammengesetzten Flecken bedeckt. Die Schleimhaut des Magens erschien mehrmals etwas erweicht und zerreiblich; in einem einzigen Falle zeigte sie kleine Geschwürchen. — Im Dünndarme fand Morganti sehr häufig Spulwürmer, Anchilostomen und Trichocephalen in grösserer oder geringerer Anzahl, oft aber auch gar keine. Hier und da zeigten sich geröthete Stellen und sogar Gruppen ulzerirter Peyer'scher Drüsen; auch die Bruner'schen Drüsen erschienen bisweilen aufgetrieben. Ueberhaupt waren die Veränderungen im Dünndarme sehr verschiedener Art und hatten durchaus nichts Charakteristisches; am häufigsten kam noch die Affektion der Peyer'schen Drüsengruppen vor, die nicht selten ulzerirt waren, besonders gegen Ende des Dünndarmes. In einer Leiche war die Schleimaut des Dünndarmes ganz blos;

in drei Leichen fand sich eine frische, leicht zu lösende Invagination desselben ohne Spuren von Entzündung. — Die Schleimhaut des Dickdarmes bot Gefässverzweigungen dar; einmal erschien sie vollkommen geröthet, ein anderes Mal zeigte sie rothe Inseln oder Flecke. — Die Gekrösdrüsen waren sehr oft aufgetrieben; auch die Lymphdrüsen an der kleinen Kurvatur des Magens und längs des Darmes waren bisweilen auffallend geröthet und aufgetrieben. — Die Leber war in zwei Leichen weich, in drei anderen teigig; zweimal war die Leber strotzend voll Blut, vergrössert; einmal erschien sie kleiner als gewöhnlich. Die Galle war immer schwarz, zähe, reichlich; die Gallenblase war immer mehr oder minder ausgedehnt. — Die Milz fand sich in mehreren Leichen vergrössert, in anderen war sie erweicht, brüchig, von Weinhefenfarbe.

Morganti hat sich die Mühe gegeben, in einer Leiche das Gangliennervensystem genau zu untersuchen, hat aber ausser einer anscheinenden Röthung in den Brustganglien, besonders in den Semilunargeflechten, nichts Bemerkenswerthes gefunden. Auch Dubini hat darin keine Veränderung wahrgenommen.

Sehr wichtige Data gab nach Morganti die Untersuchung des Blutes. Zuvörderst war in fast allen Fällen dessen grosse Menge und vorherrschend venöse Beschaffenheit nicht nur in den Venen, sondern auch in den Arterien der oberen Halsgegend und in den Vertebralgefässen auffallend. Das Venenblut war schmierig, theerartig, klebrig, grützig, wie man es sonst nur selten in der Pfortader zu finden pflegt. Morganti ist geneigt, in Fällen, wo das Blut eine solche dickliche, theerartige, schmierige Beschaffenheit hat, eine Dyscrasia venosa anzunehmen. In einigen Leichen, wo ein rechtsseitiger Spasmus Dubini obgewaltet hatte, fand Morganti auch die grosse Vena azygos mit Blut strotzend angefüllt.

2) Aetiologie des Spasmus Dubini.

Ueber die Ursachen dieser eigenthümlichen Krampfform ist bis jetzt wenig oder nichts bekannt. — Morganti geht die verschiedenen ätiologischen Momente durch, kommt aber auch zu keinem bestimmt nachweisbaren Resultate. a) Alter. Der Spasmus Dubini in seiner Spinalform zeigte sich am häufigsten im blühenden Alter bis zur Pubertät, aber auch nach derselben bis über das fünfzigste Jahr hinaus. Morganti hat die bis jetzt

von Dubini und Frua veröffentlichten Fälle mit den seinigen zusammengestellt und gefunden: 6 bis 15 Jahre alt waren 21 (14 Männliche, 7 Weibliche), 16 bis 20 Jahre alt 12 (2 M., 10 W.), 21 bis 25 Jahre alt 11 (5 M., 6 W.), 26 bis 30 Jahre alt 4 (3 M. 1 W.), 31 bis 35 Jahre alt 3 (2 M. 1 W.), 36 bis 40 Jahre alt 5 (3 M., 2 W.), 41 bis 45 Jahre alt 2 (1 M., 1 W.), 46 bis 50 Jahre alt (1 M.), 51 bis 56 Jahre alt 5 (2 M. 3 W.), im Ganzen 32 männliche und 32 weibliche Kranke. Späterhin fanden sich auch noch einige Fälle, wo die Ergriffenen erst fünf Jahre alt waren. Dubini hat gefunden, dass in dem Alter vom 6. bis zum 20. Lebensjahre die Krankheit am häufigsten vorkommt. — Das Geschlecht scheint auf die Entstehung der Krankheit keinen Einfluss zu haben. Frua sagt zwar, dass, so weit seine Erfahrungen reichen, die Krankheit häufiger bei Mädchen, als bei Knaben, und überhaupt häufiger beim weiblichen als beim männlichen Geschlechte vorkommen, aber die zuletzt mitgetheilten Zahlen scheinen dieses nicht zu erweisen. Morganti erklärt diese Angabe Frua's dadurch, dass Letzterer gerade wie Dubini vorzugsweise bei der weiblichen Abtheilung des grossen Mailänder Spitales beschäftigt gewesen und daselbst die meisten Beobachtungen angestellt habe. Geben wir etwas auf die eigentlich doch geringe Zahl von 64 wohl konstatirten Fällen, die bis jetzt aufgezeichnet worden sind, so würde daraus resultiren, dass vor der Pubertätsentwickelung, also bis zum 15. Lebensjahre, das männliche Geschlecht mehr als das weibliche, von der Pubertätsentwickelung an bis zum 20. Lebensjahre aber das weibliche mehr als das männliche ergriffen wird, von da aber beide Geschlechter so ziemlich sich gleichstehen. Es versteht sich von selber, dass es noch einer weit grösseren Zahl von Beobachtungen bedarf, um über diese Verhältnisse etwas festzustellen. Die bisher gewonnenen Verhältnisszahlen können rein zufällige sein. So z. B. fand Morganti in Pavia das männliche Geschlecht viel überwiegender ergriffen, als das weibliche; er hatte 32 Erkrankte männlichen und 16 Erkrankte weiblichen Geschlechtes. —

Was die Konstitution betrifft, so ist schon mitgetheilt worden, dass die robusten Individuen diejenigen waren, in denen die Krankheit sich vorzugsweise entwickelte. Von den 48 Fällen, die Morganti aufgezeichnet hat, betraf kein einziger ein Subjekt, das nicht in der blühendsten Konstitution sich befand. Allen war eine wohlgestaltete und kräftige Muskulatur eigen, ja ihr

Körper war von besonders schöner und wohlproportionirter Gestaltung und von festem, dürrem Fleische. Morganti hat keinen einzigen Fall gesehen, wo der von der Krankheit Ergriffene fett gewesen wäre. Vortreffliche, wohl erhaltene, weisse Zähne, welche doch so häufig ein gutes Zeichen einer vortrefflichen Digestion sind, und ein schön gewölbter Thorax, so wie alle Merkmale einer guten Beschaffenheit der Brustorgane liessen keinen Verdacht einer Krankheit, am wenigsten aber die Furcht vor einer so ergreifenden, schnell tödtenden Krankheit aufkommen. Herr Morganti macht auch darauf aufmerksam, dass alle die vom Spasmus Dubini Befallenen vollkommen frei von der Pellagra waren, die dort in der Gegend so sehr heimisch ist; es verdient diese Bemerkung notirt zu werden, da man der Pellagra gar Vieles beimisst und Mancher auf den Gedanken kommen könnte, weil der Spasmus Dubini vorzugsweise in derselben Landschaft beobachtet werden, ihn mit der Pellagra in irgend eine ursächliche Verbindung zu bringen. Noch hinzuzufügen ist, dass, so weit sich ermitteln liess, alle die Erkrankten ein ruhiges, durchaus nicht von Kummer und Entbehrungen heimgesuchtes Leben geführt haben. Wenigstens hatte ihr Antlitz durchaus nicht den Ausdruck des Elendes und des Leidens, welchen sehr viele arme Landbewohner der Lombardei darbieten. Die Klarheit der Ideen, die Leichtigkeit, sie zu kombiniren, die Gelehrigkeit, die Gefügigkeit, die Fähigkeit, schnell zu antworten, die geringere Rohheit der Sitten, die sich bei denen bemerklich machten, welche gesunden Geistes waren oder gerade Ruhepausen hatten, bezeugten nach Morganti eine ganz besondere Entwickelung ihrer Gehirnthätigkeit gegenüber des gewöhnlichen Geistesvermögens der lombardischen Landleute. „Alle diejenigen, sagt Morganti, welche ich beobachtete, zeigten ausser der schon erwähnten ungewöhnlich schönen Entwickelung der Muskulatur, die selber auf eine gewisse Kräftigkeit der Spinalnervosität hindeutete, alle Charaktere einer entsprechenden Entwickelung des Blutlebens, nämlich eine rosige Anhauchung der Hautfarbe, die offenbar eine kräftige peripherische Kapillarzirkulation erregt.“

Hinsichtlich der Beschäftigung und der Lebensweise ist es sehr auffallend, dass vorzugsweise Landleute und unter diesen ganz besonders die Feldarbeiter ergriffen worden sind. Mit sehr wenigen Ausnahmen gehörten alle die von Morganti beobachteten Kranken dieser Kategorie an. Die Ausnahmen mach-

ten bei Morganti zwei Gutsaufseher (Inspektoren der Feldarbeit), einige Reiter und Ochsentreiber (bifolco), und auch ein Weber. „Ich bestehe, sagte Morganti, auf die Unterscheidung dieser Fälle, die, so gering an Zahl sie auch sind, doch beweisen, dass die von Einigen ausgesprochene Hypothese, es könnte die hier besprochene Krankheit die Folge einer langen und konstanten Einwirkung der Sonnenstrahlen auf die Wirbelsäule der Feldarbeiter sein, keineswegs ausreiche. Wäre dieses der Fall, wie wollte man die eben erwähnten Ausnahmsfälle erklären, und besonders wie wollte man die so grosse Häufigkeit der rechtsseitigen Krämpfe zu den linksseitigen deuten, wenn die erregende Ursache gleichmässig auf den hinteren Theil des Rumpfes wirkte?“

Die Jahreszeit hatte nach Morganti keinen Einfluss auf die Krankheit. In allen Monaten des Jahres kamen Fälle vor; Morganti hatte im Januar 3, im Februar 3, im März 4, im April 2, im Mai 3, im Juni 2, im Juli 2, im August 3, im September 3, im Oktober 2, im November 3 und im Dezember 2. Auch hieraus ergibt sich deutlich, dass der Einwirkung der Sonnenstrahlen keine ursächliche Wirkung beigemessen werden kann. — Eben so wenig kann vorangegangenen Krankheiten irgend eine Schuld beigemessen werden; Einige hatten gar keine Krankheit vorher gehabt, Andere hatten vorher an verschiedenen Entzündungen, Phlegmone, Wechselfieber u. s. w. gelitten.

Von Wichtigkeit in ätiologischer Hinsicht ist die Lokalität. Nach Morganti ist besonders das Gebiet von Pavia oder die Provinz, welche unter der Benennung Agro pavese (die Niederung von Pavia) begriffen wird, die Heimath des Spasmus Dubini gewesen. In dieser Provinz waren vorzugsweise heimgesucht der Distrikt von Belgioloso, die Landschaft von Torriano, Costa San Zenone, Zelato, Gerenzago, Lardirago, Carpignago, Genzone, Settimo, Cascina Boschelio, San Genesio, Inverno, S. Alessio, Trivolzio, Villanova, Torradello, Chiussago, Parassacco, Corbesato und Villareggio. Alle diese Landschaften bilden das Stück der Provinz Pavia, das von drei Flüssen, nämlich im Süden vom Po, im Osten vom Ticino und im Westen von der Olona eingeschlossen ist. Die ganze Gegend stellt eine einzige, durchaus hügelfreie, mit der Piacentinischen Ebene zusammengränzende Niederung dar, die mit zahllosen Bewässerungskanälen, feuchten Wiesen, sumpfigen und sehr ausgebreiteten Reisfeldern besetzt ist. Nicht selten überschwemmt der Ticino den grössten Theil

der Gegend und hinterlässt eine grosse Menge Pfützen und Lachen, die dann unter der Einwirkung der Sonne die schädlichsten Ausdünstungen entwickeln. Das Trinkwasser in dieser Gegend ist, mit wenigen Ausnahmen, schlammig, trübe, stinkend; frische, klare Quellen mit ihren wohlthätigen Ausdünstungen unter der Einwirkung der dort so häufigen erstickenden Sommerhitze gibt es fast gar nicht. Der Boden ist freilich einer der fruchtbarsten Theile der ganzen Lombardei, aber auch ein solcher, der besonders reich an endemischen Krankheiten ist.

Dazu kommt noch, dass dieser ganze Landstrich dem Witterungswechsel ganz besonders ausgesetzt ist. Im Allgemeinen ist die Luft daselbst drückend, schwül, wenig elastisch, selbst im Winter, und immer sehr reich an Feuchtigkeit, die gegen Abend gewöhnlich in dicken Nebeln sich niederschlägt. Die nächtliche Temperatur unterscheidet sich von der Tagestemperatur viel bedeutender als anderswo; die Luftströmung geht dann gewöhnlich von Nord nach Süd und ist fast niemals plötzlich; sehr selten sind eigentlich Windstösse, Schnee, Hagel oder heftige Gewitter.

Was die Nahrung betrifft, so glaubt Morganti weder dem unreifen Getreide, noch dem etwa beigemischten Mutterkorne oder Lolch u. s. w. einen Einfluss auf Erzeugung der hier in Rede stehenden Krankheit beimessen zu dürfen. Der von J. Frank beschriebene Morbus convulsivus malignus epidemicus, den er dem schlechten Roggen beimisst, ist nach Morganti mehr dem wirklichen Veitstanze anzureihen. Aus den Beobachtungen und Erfahrungen von Quaglino und Munzolini ergibt sich, dass der Taumellolch (Lolium temulentum) ein veitstanzartiges Zittern hervorruft, welches zuerst in den Augenlidern, dann in den Kaumuskeln, in den Muskeln der Zunge, hierauf in denen des Kopfes, des Halses und endlich des ganzen Rumpfes sich kund thut. Darnach werden die oberen Gliedmassen und endlich die unteren Gliedmassen vom Zittern ergriffen. Das Zittern wird immer stärker und stärker, das Thier fängt an zu schwanken und zeigt sich fast ganz wie im Delirium tremens. Zuletzt geht das Zittern in wirkliche Konvulsionen über, die stossweise eintreten. — Aus dieser Darstellung sieht man, dass der Spasmus Dubini ein ganz anderes Bild gewährt, als die hier skizzirten Wirkungen des Lolches.

In Betracht ziehen muss man allerdings sowohl bei der Entstehung des Spasmus Dubini als bei allen anderen Krankheiten

der Landleute ihre schlechtgelüfteten, für den Winter durchaus unpassenden Wohnungen.

Einige andere persönliche Verhältnisse verdienen noch eine besondere Erwähnung. Was die Schwangerschaft betrifft, so schien sie vor der Krankheit nicht zu schützen. Scottini, einer der Hospitalärzte, hatte unter seinen Kranken eine 26 Jahre alte Schwangere, welche am Spasmus Dubini litt, davon aber geheilt wurde. Auch Säugende wurden davon befallen; wie Morganti berichtet, behandelte Pessina, einer der Primärärzte an der Abtheilung für Frauen, eine kräftige und hübsche, 21 Jahre alte Bäuerin, welche, nachdem sie erst vor Kurzem ihr Kind zu säugen begonnen hatte, von dem Spasmus Dubini ergriffen wurde. Diese Frau erlag endlich doch nach langer und schwerer Krankheit, nachdem man sich öfter mit ihrer Wiederherstellung geschmeichelt hatte. — In der klimakterischen Periode sah Morganti keinen Fall vorkommen; Dubini bemerkt aber ausdrücklich, dass, wenn auch die Zeit der Pubertät und die eigentliche Jugendblüthe die Krankheit am häufigsten zeigten, diese doch auch bei Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden und auch bei solchen Frauen vorkam, die die klimakterische Zeit hinter sich hatten. Dasselbe gibt Frua an.

Anlangend die Gelegenheitsursachen haben die Autoren, die über den Spasmus Dubini Beobachtungen angestellt haben, folgende als die häufigsten aufgezählt: 1) heftigen Impuls des Herzens; 2) Helmintiasis; 3) geschlechtliche Aufregung; 4) Schreck, und nach Morganti noch 5) die sogenannte Typhosität oder den typhösen Einfluss. — Was den verstärkten Impuls des Herzens betrifft, so ist allerdings in einigen Leichen eine Hypertrophie des Herzens, besonders der linken Seite, gefunden worden, aber es ist sehr wahrscheinlich, wie auch Morganti annimmt, dass diese Hypertrophie und die Kongestion im Gehirne und Rückenmarke mehr die Wirkung als die Ursache der Krankheit ist. — Eine etwas grössere ätiologische Wichtigkeit legt Morganti dem Vorhandensein von Eingeweidewürmern bei. Man weiss, dass besonders im Kindesalter durch dieselben epileptische und eklamptische Krampfformen herbeigeführt werden und dass sehr häufig solche Krämpfe lediglich durch anthelmintische Kuren beseitigt worden sind. Könnte möglicher Weise nicht auch dieser eigenthümliche Spasmus Dubini, der so manche Analogie mit der Epilepsie darbietet, nicht ebenfalls die Folge des vorhandenen

Wurmleidens sein? Dubini bemerkt, dass fast alle Kranken Spulwürmer entleerten; Spulwürmer, Anchilostomen und Trichocephalen fanden sich sehr häufig und oft in grosser Zahl im Darmkanale der Leichen. Allein Dubini fügt auch hinzu, dass viele Kranke und Leichen ganz frei von Würmern waren und dass ferner manche Kranke, denen durch dargereichte Mittel die Würmer in Massen abgeführt waren, doch der immer zunehmenden Krankheit erlagen. Frua hält die Helmintiasis lediglich für eine Komplikation der Krankheit und frägt sich, ob nicht in dem Falle, wo die vorhandene Helmintiasis vielleicht die Krankheit zur Entwickelung gebracht hat, diese Krankheit doch noch fortdauern könne, nachdem die veranlassende Ursache, nämlich die Eingeweidewürmer, beseitigt worden seien, oder ob nicht wenigstens die Helmintiasis die Heftigkeit der Krankheit steigere? Morganti glaubt, dass in manchen Fällen die Helmintiasis allerdings eine veranlassende Ursache des Spasmus Dubini sein und in anderen Fäll en denselben, wenn er eingetreten, verstärken könne, dass sie aber in der grösseren Zahl der Fälle nichts weiter zu sein scheint, als eine Komplikation. Dass aber die Existenz von Eingeweidewürmern sowohl bei der Prognose als bei der Behandlung sehr in Betracht komme, erweisen einige Fälle, in denen die Darreichung anthelmintischer Mittel sich wirklich erfolgreich erwiesen hat. So berichtet Morganti von einem schönen Knaben vom Lande, der eine ungewöhnliche Geistesentwickelung zeigte und, vom Spasmus Dubini in der ausgebildetsten Form ergriffen, durch Santonin mit Kalomel, welche die Ausleerung grosser Massen Spulwürmer zur Folge hatten, vollkommen geheilt wurde. Scottini hat zwei ähnliche Fälle erlebt; ein Knabe von 8 Jahren und ein Mädchen von 9 Jahren, die beide am ausgebildeten Spasmus Dubini litten, wurden ebenfalls durch Anthelmintica in 6 bis 7 Tagen geheilt. — Die geschlechtliche Erregung mag wohl, wie Morganti meint, einigen Einfluss auf die Hervorrufung des Spasmus Dubini haben; Beweise sind aber durchaus nicht vorhanden.

Dass heftiger Schreck Epilepsie und andere Krämpfe erzeugen könne, ist bekannt. Nach Dubini und Frua spielt er als determinirende Ursache des hier in Rede stehenden Spasmus eine nicht geringe Rolle. Morganti hat von der ganzen Zahl der von ihm beobachteten Fälle nur zwei aufgezeichnet, wo der Schreck wirklich als Anlass bezeichnet werden konnte. Der eine

dieser Fälle betraf einen robusten, 54 Jahre alten Mann, Sakristan, der plötzlich von einem grossen, starken Hunde an der Brust gepackt und zu Boden geworfen wurde; es folgten sogleich partielle Krämpfe der linken Hälfte des Antlitzes, des linken Armes und Beines. Der Gebrauch der Belladonna brachte ihm einige Besserung; noch nicht völlig geheilt verliess er das Spital, starb aber, wie eine spätere Nachricht ergab, bald in seiner eigenen Wohnung. Der andere Fall betraf ein ganz junges Mädchen, welches in der Abtheilung des Dr. Scottini sich befand und, durch den brutalen Angriff eines grossen Bauernburschen erschreckt, in den Spasmus Dubini verfallen war und daran binnen wenigen Tagen verstarb. Die Wirkung des Schreckes erklärt Morganti lediglich durch die von demselben plötzlich hervorgetretene Störung der Blutzirkulation, wodurch Stagnationen und Kongestionen des Blutes in inneren Organen, besonders aber im Gehirne und Rückenmarke, erzeugt werden.

Den Einfluss der Typhosität betreffend, so ist das eine Annahme, für die sich Morganti besonders ausspricht. Unter Typhosität versteht er eine eigenthümliche Dyskrasie oder Modifikation des Blutes, wie sie in ausgebildeterem Grade zum wirklichen Typhus führt, — diese typhöse Dyskrasie, die Morganti nicht genauer charakterisirt und von der er nur im Allgemeinen annimmt, dass das Blut dabei eine dichtere Konsistenz und eine grössere Venosität als gewöhnlich zeigt, welche eine Verlangsamung des Kreislaufes, Stasen, Extravasate u. s. w. zur Folge hat. Eine geringere Lebensenergie ist natürlich mit solcher Beschaffenheit des Blutes verbunden. Kongestion oder eine Art Stagnation des Blutes in den Nervenzentraltheilen, wozu ein solches Blut sehr leicht führt, ist dann die Ursache von Konvulsionen. Morganti hält diese typhöse Beschaffenheit des Blutes, wie er sich ausdrückt, für die häufigste Ursache des in der Lombardei beobachteten Spasmus Dubini. Er stützt sich mit dieser Behauptung auf die Thatsache, dass mehrere Kranke, bei denen der Spasmus Dubini in die Länge sich zieht, am Typhus zu Grunde gingen und dass da, wo der Spasmus Dubini häufig beobachtet wurde, zu gleicher Zeit der Typhus herrschte, ja dass mehrere Fälle ein Gemisch von typhösem Fieber mit den Erscheinungen des Spasmus Dubini darboten. Morganti bezieht sich hierbei auf die Aerzte Frua und Bancolini, welcher Letztere diese Form bei kleinen Kindern gesehen hat. Seine Ansichten

über die Natur und Entstehung des Spasmus Dubini lassen sich folgendermaassen zusammenstellen:

1) Durch Lokalitätseinflüsse, besonders durch die schädlichen Effluvien eines ungesunden Bodens, schlechtes Trinkwasser, feuchte Luft u. s. w. wird das Blut in einen schlechten Zustand versetzt, den man typhöse Beschaffenheit des Blutes nennen kann, weil daraus unter anderen Umständen der Typhus entspringt.

2) Ein solches Blut ist geneigt, beim geringsten Anlasse Kongestion oder Stagnation im Gehirne zu bilden und kleinere oder grössere Extravasate daselbst zu erzeugen.

3) Anlässe sind: Erkältung, Schreck, Aufregung, übermässige Anstrengung, Wirkung der Sonnenstrahlen u. dgl.

4) Die nächste Folge jener Kongestion, Stagnation oder Austretung des Blutes im Gehirne ist der konvulsivische Zustand, der sich bei fortwährender Einwirkung dieser schlecht beschaffenen Lebensflüssigkeit in rhythmischen Anfällen kund thut.

5) Es ist demnach der Spasmus Dubini mit der typhösen Krankheit nahe verwandt oder gehört eigentlich zu ihr.

Weitere Beobachtungen sind noch erforderlich, um diese Hypothese des Hrn. Morganti näher zu erweisen; denn wäre wirklich eine sogenannte typhöse Beschaffenheit des Blutes die eigentliche Ursache dieses so sonderbaren, gewissermaassen zwischen Epilepsie, Tetanus und Chorea mitten inne stehenden Spasmus Dubini, so ist nicht zu begreifen, warum gerade diejenigen Individuen vorzugsweise von dieser Krankheit ergriffen werden, die in der Fülle der blühendsten Gesundheit sich befinden und bei denen durchaus nichts einen dyskrasischen Zustand des Blutes oder eine verminderte Lebensenergie verrathet.

Wir haben für jetzt nur noch wenig hinzuzufügen. So sicher auch die Diagnose der hier in Rede stehenden Krankheit ist, so traurig ist die Prognose. Nach Dubini ist der Tod die Regel, die Heilung die Ausnahme. Die Behandlung ist durchaus noch nicht festgestellt. Gewiss ist, dass das antiphlogistische Verfahren mehr Nachtheil als Vortheil gebracht hat; es schien den schlechten Ausgang noch zu beschleunigen. Die italienischen Aerzte sind geneigt, kräftige Diät, Wein, Arnica, Chinin anzuwenden; von diesen Mitteln wollen sie noch den meisten Nutzen gesehen haben. Denkt man an einen typhösen Zustand, so würde man allerdings etwas von diesem letzteren Verfahren erwarten können. Bisweilen zeigt die Krankheit wirk-

lich sich in einer Form, dass man sie schwer vom Typhus unterscheiden kann, so dass Morganti sich auch veranlasst gesehen hat, neben der spinalen oder eigentlich konvulsorischen Form noch eine cerebrale oder typhöse anzunehmen. Bucellati (Gazzetta medica Lombardia, 3. Ottobre 1853) stimmt mit Frua darin überein, den Ausdruck Typhus cerebralis convulsivus für alle Formen festzuhalten. Wir wollen zum Schlusse einen von Frua beobachteten Fall aufführen, der allerdings diese Benennung zu rechtfertigen scheint und zugleich die Behandlung darthut, die hier auch wirklich zu einem günstigen Ausgange geführt hat.

Rosa Rossignoli, ein kaum 13 J. altes Landmädchen, wurde im Monate März, während sie gerade ihrer eigenen Mutter das Haar kämmte, von einer Art Schwindel ergriffen, gab automatisch ihrer Mutter ein Paar Stösse und lehnte dann sich stützend gegen die Wand des Zimmers; sie erholte sich bald, war aber des Vorganges sich nicht bewusst. Etwa 14 Tage später trat ganz derselbe Zufall wieder ein. Die Kleine fühlte sich unwohl; in der Nacht hörten die Angehörigen ein Geräusch und fanden das Mädchen in einem allgemeinen Krampfe, bewusstlos und besonders zuckende Bewegungen im rechten Arme. Im Laufe der drei nächsten Monate wiederholten sich diese Zufälle öfter und zwar in der Nacht mehr als bei Tage. Da sich der Zustand immer mehr verschlimmerte, wurde das Mädchen am 17. Juni in das Hospital gebracht. Sie ist schlank, im hohen Grade nervös, lachte beim Herannahen der Aerzte fast wie eine Blödsinnige. Auf die an sie gerichtete Fragen antwortete die Kranke blos Ja, Ja, hatte deutliche rhythmische Zuckungen der rechten Seite mit vollständiger Lähmung des rechten Armes. Sehr schmerzhaft erschien bei der geringsten Berührung der dritte Brustwirbel; die Pupillen erweitert, die Zunge nicht belegt, der Bauch weich, kein Fieber. — Verordnet wurden eine wurmtreibende Arznei und 15 Blutegel auf die schmerzhafte Stelle. Einige Spulwürmer gingen ab. Am 19. wurden noch 14 Blutege langesetzt; die Nachblutung war reichlich. Es stellten sich aber häufige Krampfanfälle ein, dazu Sehnenhüpfen und ein eigenthümliches Verfallen der Gesichtszüge. Am 20. änderte Frua das Heilverfahren; er verordnete 9 Unzen Wein mit $^1/_2$ Drachme Laudanum und Syrup; ausserdem in gesäuertem Syrup einen Skrupel Chinin, und ferner ein Klystir von Baldrianaufguss; dabei eine kräftigende Diät. Die Anfälle verminderten sich sichtbar, die rhythmischen Stösse

wurden immer schwächer. Die Behandlung wurde mit geringer Modifikation bis in den Juli hinein fortgesetzt. Von Tage zu Tage besserte und erholte sich die Kranke und, was auffallend war, auch die Lähmung des Armes verminderte sich sichtbar. Am 15. August wurde das Mädchen vollkommen geheilt entlassen.

Wir werden Gelegenheit nehmen, über den Spasmus Dubini noch weitere Mittheilungen zu machen und bitten deutsche und auswärtige Aerzte um Einsendung von Beobachtungen oder Studien über diese Krankheit.

Kurze Uebersicht der Fortschritte und Leistungen der schwedischen Heilgymnastik. Ein für die Hufeland'sche medizinische Gesellschaft bestimmt gewesener Vortrag vom Dr. Eulenburg, praktischen Arzte, Operateur und Geburtshelfer, Direktor des Institutes für schwedische Heilgymnastik und Orthopädie (Friedrichsstrasse 103) in Berlin *).

Es sind nunmehr beinahe 3 Jahre verflossen, seitdem ich in Berlin das erste Institut für schwedische Heilgymnastik begründete, und 2 Jahre, seitdem es mir verstattet war, zum ersten Male in der Hufeland'schen Gesellschaft meine Ansichten über den Werth des Ling'schen Heilverfahrens, vom rationell-medizinischen Standpunkte betrachtet, vorzutragen. Keine allzulange Frist freilich, um über den Werth eines Heilverfahrens ein nach allen Richtungen hin endgültiges Urtheil zuzulassen, aber dennoch ergiebig genug, um aus dem Kreise der Beobachtungen und Erfahrungen ein Material zu gewähren, das auch dem vorsichtigsten Praktiker den aus Ling's Erfindung hervorgegangenen reichen Gewinn für die Therapie darthun dürfte.

Ich gelobte damals am Schlusse meines Vortrages (gedruckt in der deutschen Klinik 1852 No. 31.), nur mit grosser Vor-

---

*) Der Herr Verfasser theilt uns mit, dass er diesen Vortrag in der dafür bestimmten Sitzung der Hufeland'schen Gesellschaft (am 24. Febr. 1854) zu halten durch Diskussionen und anderweitige Mittheilungen verhindert worden war, welche die Anwesenden vorweg in Anspruch nahmen. D. HH.

sicht und besonders ohne alles Vorurtheil an die weitere Prüfung des genannten Heilverfahrens zu gehen, um endlich das Wahre vom Scheine und Zufalle zu sondern und das Resultat ungetrübt, ehrlich und offen vor das ärztliche Forum zu bringen. Dass ich diesem Vorsatze unverbrüchlich treu geblieben, glaube ich in meinem 1853 bei Aug. Hirschwald erschienenen „Versuch einer wissenschaftlichen Begründung der schwedischen Heilgymnastik" bewährt zu haben.

Nicht dem durch angebliche Wunderkuren leicht anzuziehenden Heere von Kranken, sondern allein dem wissenschaftlich streng prüfenden ärztlichen Publikum sollte diese Schrift das Wesen und die Sphäre der Heilgymnastik erläutern. Wohl weiss ich, dass ich dabei in meinem Streben, der Sache, der Wissenschaft und einem Theile der leidenden Menschheit zu dienen, nicht weniger gegen unberechtigte Gegner, als gegen exzentrische Anhänger des Ling'schen Verfahrens, vielleicht allzu polemisch aufgetreten bin. Doch in dem Bewusstsein, nie die Person, sondern stets die Sache im Auge gehabt zu haben, gereut mich meine Art nicht. Meine Auffassung, freilich wesentlich abweichend selbst von der des Begründers, hat, wie die Erfahrung zeigt, manchen Gegner entwaffnet in unser Lager geführt, und andererseits die weitabschweifende Phantasie allzueifriger Parteigenossen in die Bahn ruhigerer Anschauung zurückgebracht.

Jedenfalls sind meine Erwartungen von der Theilnahme und Anerkennung, welche meine geringen Bestrebungen für die Verbreitung dieses Heilverfahrens beanspruchten, bei weitem übertroffen worden. Ausser der mir zu Theil gewordenen vielseitigen persönlichen Zustimmung seitens hochachtbarer Aerzte, welche in meinem Institute diese Behandlungsweise kennen lernten, lieferten zahlreiche medizinische Organe Besprechungen meiner Schrift mit den günstigsten Kritiken über die dargelegte Auffassung der Ling'schen Heilgymnastik und mit der günstigsten Prognose für deren glückliche Zukunft. Von denen, die mir zu Gesicht gekommen sind, führe ich nur an: Gersdorf's Repertorium, die neue medizinische chirurgische Zeitung, die medizinische Zeitung Russland's, Froriep's ärztlichen Hausfreund, Graevell's Notizen.

So wurden diese wissenschaftlichen Organe, indem sie meinen Mittheilungen eine oft sehr ausführliche Erörterung würdigten, beredtere Vorfechter dieses Gegenstandes, als ich es jemals hätte werden können.

Ueberall aber ist es die rationelle Grundlage der Ling'schen Erfindung, welche sehr vielen Aerzten ein hohes Interesse für dieselbe einflösste. Nur diesem wohlbegründeten und vielfach bestätigten Interesse ist es zuzuschreiben, dass innerhalb kaum dreier Jahre, die schwedische Heilgymnastik eine auffallend vielseitige Anwendung und Verbreitung gewonnen hat. Dem meinigen haben sich hier in Berlin zwei gleichartige Institute zugesellt, während auch ältere orthopädische Institute, wenn auch mit komischem Sträuben, nicht umhin konnten, dem in dem Ling'schen Kurverfahren für ihre Sphäre gebotenen Fortschritte Rechnung zu tragen. In Wien, Dresden, Giessen, Danzig, Stettin sind seit Kurzem ähnliche Institute ins Leben getreten. In Breslau, München, Wiesbaden, Rostock steht deren Begründung in nächster Zeit bevor.

Diese schnelle Verbreitung einer bei uns neuen Doktrin ist keine gleichgültige Erscheinung auf dem Gebiete der Therapie, auf einem Gebiete, auf welchem wir sonst den Empfehlungen, wenn sie nicht aus sehr guter Quelle fliessen, leicht Misstrauen entgegensetzen. Gewiss ist sie ein Beweis von Anerkennung und Vertrauen, welches sie unter den Aerzten sich bereits erworben hat. In meinem Institute gehört es wenigstens zur seltenen Ausnahme, dass ein Kranker ohne ausdrückliche Anweisung seines Arztes die heilgymnastische Behandlung beansprucht.

Die Ursachen dieser günstigen Aufnahme der Heilgymnastik seitens der Aerzte liegen nicht allzu ferne. Was die der Orthopädie angehörigen, der Heilgymnastik zugänglichen Krankheitsformen betrifft, so waren, wie grosse Fortschritte auch die Chirurgie auf diesem Gebiete in neuerer Zeit aufzuweisen hat, doch die Heilerfolge der bisherigen Orthopädie äusserst unbefriedigend bei partiellen Lähmungen und Rückgratsverkrümmungen.

Dazu kommt, dass der herkömmlichen Behandlungsweise derselben mittelst Streck- und Druck-Apparate die Laien durch die damit verbundenen Beschwerden, die Aerzte durch den Mangel eben so sehr der wissenschaftlichen Begründung als des reellen Erfolges sich längst abgeneigt gezeigt hatten. Die Ling'sche Heilgymnastik bot ihnen dagegen eine auf Anatomie und Physiologie beruhende, ächt wissenschaftliche Behandlung für diese Krankheitsformen dar; sie bot ihnen eine neue, eben so angenehme, als sich jeder Individualität anpassende und doch intensiv einwirkende Technik dar, mittelst welcher der verheissene Zweck,

lokale und allgemeine Umgestaltung in der vegetatitiven Sphäre des Organismus zu bewirken, Vertrauen finden musste. Die Idee von der Nützlichkeit einer Muskel-Aktion sowohl zur Beseitigung solcher lokalen Krankheiten, als auch zur Heilung von chronischen veralteten Unterleibsleiden, Asthma u. s. w., war gerade den beschäftigten Praktikern keineswegs fremdartig, sie wussten am besten, wie diese Zustände nur zu oft allen therapeutischen Bestrebungen hartnäckig trotzten, und wie nach Jahre langem Medizinieren es für den Kranken heilsam sein dürfte, seine Reorganisation einmal auf einem die Naturthätigkeit direkt anregenden Wege zu versuchen. Sie begrüssten daher die Gelegenheit zu einer systematisch geordneten von einem Arzte geleiteten Bewegungskur als einen wohlthätigen Fortschritt der Therapie.

Zudem gelangte die Ling'sche Heilgymnastik nicht als eine am Schreibtische geborene und ausgeschmückte Theorie nach Deutschland. Dreissig Jahre praktischer Anwendung in ihrem Vaterlande durfte für einen mehr als hinreichenden Zeitraum gelten, ihre Lebensfähigkeit zu konstatiren. Dass sie nur allmählig von ihrer Ursprungsstätte weitere Verbreitung nach Russland, England und Deutschland genommen hat, hat vielleicht einzig seinen Grund in dem Umstande, dass sie in Stockholm sich stiller, wiewohl sehr ausgedehnter, Theilnahme zu erfreuen hatte. Wäre sie zufällig in Paris erdacht, sie hätte wahrlich weniger Zeit bedurft, um ihren Lauf durch die Welt zu machen. Ihre Erfolge werden ohne Zweifel die weitere Verbreitung sichern.

Die nun von mir heilgymnastisch behandelten Krankheiten waren: Skoliose, Kyphose, Torticollis, Pectus carinatum, Anchylose, Paralyse einzelner Extremitäten, Paralyse einzelner Muskeln, Paralysis agitans, progressive Atrophie der Muskeln, Hemiplegie, Schreibekrampf, Chorea, Architectura phthisica und Disposition zu Lungen-Katarrhen, Asthma, Epilepsie, bewegliche Hernien, Chlorose, allgemeine Unterleibsbeschwerden und Nervenschwäche, besonders auch die s. g. Hypochondrie und Hysterie. Die bei weitem grösste Anzahl unter den von mir Behandelten bildeten die skoliotischen und die Unterleibskranken. Die Zahl der ersteren beläuft sich auf etwa 150, und bei weitem die Mehrzahl unter diesen gehört dem weiblichen Geschlechte an. Die Zahl der Unterleibskranken erreicht nahe 100 und bei weitem die Mehrzahl dieser bestand aus Männern.

Es dürfte zwar von Interesse sein, den Verlauf und die

Behandlung einzelner durch prägnante Symptome hervorragender Krankheitsfälle in extenso mitzutheilen, um dann die dezidirte Wirkung des angewandten Verfahrens darzuthun, doch halte ich es hier für geeigneter, einen allgemeinen Umriss der bisherigen Wirksamkeit der Heilgymnastik zu geben und die Mittheilung auffallender spezieller Fälle anderer Arten vorzubehalten. Unter den Krankheiten, wo wir mit Recht von der Heilgymnastik Günstiges erwarten durften, stehen voran: die Paralysen von Muskeln und die von solchen abhängigen Deformitäten.

Frische Fälle von Paralyse dürften nicht leicht Gegenstand der heilgymnastischen Behandlung werden. Es ist natürlich, dass jeder Arzt, dem eben die Behandlung derselben übertragen ward, dasjenige der Natur des Leidens entsprechende rationelle Heilverfahren einleitet, dessen Ausführung seiner alleinigen Thätigkeit möglich ist. Wenn ein solches unzureichend geblieben, wenn Blutegel, Einreibungen, Antiphlogistica, Diaphoretica, Vesikatorien, Elektrizität, Kalt-Wasser- und Badekuren u. s. w., den von einem solchen Verfahren mit Recht gehegten Erwartungen nicht entsprochen hatten, wenn zur Paralyse sich Atrophie gesellt hatte, die Temperatur des paralytischen Theiles gesunken war, wie oft durch langjähriges Bestehen dieser Paralyse schon die nachbarlichen Regionen deform geworden waren, dann ward als ultima ratio die Heilgymnastik in Gebrauch gezogen. Dass sie auch in solchen Fällen noch geholfen hat, Das bezeichnet gewiss ihren bedeutenden praktischen Werth, Das bürgt schon allein dafür, dass sie sich eine bleibende Stätte in unserer Therapie erwerben muss.

Die Heilgymnastik hatte es also, wenigstens in meinem Institute, nur mit jenen veralteten partiellen Lähmungen zu thun, wo die ursprüngliche, in einem örtlichen Krankheits-Prozesse, etwa einer Entzündung oder einem Exsudate bestehende Ursache der Paralyse, längst aufgehört hatte, Gegenstand der Behandlung zu sein. Die konsekutiven Residuen eines längst erloschenen Krankheits-Prozesses zu beseitigen, war hier die schwierige Heilaufgabe.

Oft ist in solchen Fällen gar nicht einmal zu erforschen, ob und wann ein solcher ursächlicher Krankheitsprozess vorhanden gewesen. Er reicht dann bis in die zarteste Kindheit hinab, wo eben der mangelhafte Gebrauch einer Muskelpartie sich als das einzige Krankheitssymptom dargeboten hatte. Ich sage aus-

drücklich „mangelhaft“, denn bei weitem seltener ist die ganze Muskulatur eines Gliedes als die von einem einzelnen Nerven-Plexus oder gar nur Nervenzweige versorgte Muskulatur paralytisch. Es bleibt daher ein gewisser Gebrauch des Gliedes übrig. Das Kind lernt, wenn die Lähmung z. B. einen Fuss betrifft, zwar gehen, aber unvollkommen, es schleppt den kranken Fuss nach, es hinkt. Das Gehen auf diesem Fusse, als die naturgemässe Muskelübung desselben, wäre zugleich das zuverlässigste Heilmittel. Allein das Kind benutzt gerade vorzugsweise den gesunden Fuss, weil es auf diesem mehr Festigkeit hat. Dieser schreitet daher in seiner Entwickelung eben so ungewöhnlich vor, als der nichtgebrauchte kranke Fuss zurückbleibt. Hier ist die Ling'sche Heilgymnastik das grösste Heilmittel, das ich kenne. Natürlich wird sie um so erfolgreicher wirken, je früher sie in Gebrauch gezogen wird. Mit der Grösse des Missverhältnisses in der qualitativen und quantitativen Entwickelung mehren sich die Schwierigkeiten der Heilung. Schiefstellung des Beckens und Krümmung des Rückgrates einerseits, so wie nicht selten paralytischer Klumpfuss andererseits werden endlich die kaum zu vermeidenden Komplikationen. Die Beseitigung dieser sekundären Deformitäten ist völlig abhängig von der Heilung des paralytischen Beines. Korsets und Schienen sind hier nicht einmal an Nutzen den Krücken gleich zu achten, viel weniger den Heilmitteln. Konsequente gymnastische Behandlung des paralytischen Beines ist hier die einzige Indikation. Dass ihre Erfüllung zum Ziele führt, mag statt vieler die Mittheilung eines der von mir behandelten Fälle erläutern:

Louise K....., die einzige Tochter gebildeter und sorgsamer Eltern, 6 Jahre alt, litt an einer Paralyse des linken Beines der oben beschriebenen Art. Der linke Fuss berührte, wenn sie aufrecht stand, mit der Spitze den Fussboden, während der Hacken $1^1/_2$ Zoll von diesem entfernt blieb. Der innere Fussrand hatte die Neigung, sich zu erheben. Der linke Oberschenkel mass in seiner Mitte peripherisch 11 Linien weniger, als der rechte; ähnlich war die Differenz am Unterschenkel. Temperatur und Tonus in Haut und Muskeln des kranken Beines waren auffallend vermindert. Vorzugsweise waren sämmtliche Streckmuskeln desselben in ihrer Thätigkeit gelähmt. Der linke Hüftbeinkamm stand in einem der Verkürzung entsprechenden Grade niedriger. Dadurch war eine konvex nach links gerichtete

das Kreuzbein, sämmtliche Lenden- und die 5 untersten Rückenwirbel einnehmende Skoliose bedingt. Alle von den sehr sorgsamen Eltern angestellten Kurversuche waren gescheitert. Die nun schon seit 14 Monaten konsequent durchgeführte Anwendung der Heilgymnastik zeigte einen sehr befriedigenden Erfolg. Der Vegetations-Prozess ward neu belebt. Die Kraft im linken Fusse ist der des rechten völlig gleich, die Wärme und der Tonus in Haut und Muskeln sind normal, die Dicke in beiden Füssen überall dieselbe, die Länge hat so bedeutend zugenommen, dass ein geringes, kaum sichtbares Aushilfsmittel im Stiefel das noch fehlende Maass vollkommen ergänzt. Die Skoliose ist kaum noch bemerkbar. Eine fortgesetzte Behandlung, zu welcher sich die Eltern gern verstehen, lässt mit Gewissheit die vollkommene Heilung erwarten.

Laien gegenüber ist es ein grosser Uebelstand, dass die Herstellung von diesen veralteten Paralysen so lange Zeit erfordert. So sehr es jedem Arzte bekannt ist, dass es zu den schwierigsten Aufgaben der Therapie gehört, solche langjährige Verkümmerungen zu heilen, so vermögen doch Laien das Wesen der Paralyse zu wenig zu beurtheilen, als dass sie nicht meist Unmögliches erwarten sollten. Als ich unter Anderem der Mutter eines Knaben, der mir von Herrn Geheimrath Schönlein wegen paralytischer Atrophie eines Beines zur heilgymnastischen Behandlung überwiesen ward, sagte, dass der Zustand eine zweijährige Behandlung erheische, konnte sie sich von ihrem Staunen kaum erholen. Nachdem man alle möglichen Mittel und zuletzt das Bad zu Rehme ohne irgend welchen Erfolg in Gebrauch gezogen hatte, hoffte man nichts Geringeres, als dass die Heilgymnastik in höchstens 6 Wochen die Herstellung bewirken werde. Diese bei Laien gar zu häufig vorkommende irrige Voraussetzung führt oft recht unangenehme Inkonveniensen mit sich. Es dürfte daher auch im Interesse der Aerzte liegen, die Kranken, denen sie dieses Heilmittel empfehlen, auf die Dauer der Behandlung vorzubereiten. Wohl kommen Fälle von schneller Heilung vor und ich habe deren, namentlich bei Skoliosen, wenn sie noch rein muskular waren, in erfreulichster Weise behandelt. Bei veralteten Paralysen ist Das nicht zu erwarten.

Es wird bei letzteren auch die Induktions-Elektrizität, oder wie Duchenne sie zu Ehren ihres Entdeckers Faraday nennt, die Faradisation und in specie die muskuläre Faradisation in Ge-

brauch gezogen. So sehr ich beiläufig Duchenne's geistreiche Experimente schätze, durch welche er mittelst der lokalen Muskel-Faradisation unerwartet reiche Aufschlüsse über die Physiologie der Muskeln geliefert hat, so habe ich doch bei veralteten Lähmungen, Atrophieen und Verfettungen der Muskeln denjenigen Erfolg nicht davon gesehen, der verheissen ward. Die Faradisation und die Heilgymnastik können sich in diesen Fällen nicht ausschliessen. Sie müssen sich vielmehr einander ergänzen. Jene kann in den schlimmsten Fällen von vollkommener Paralyse die erloschene Tonicität und Kontraktilität der Muskeln anregen; die wirkliche Neubildung der Muskel-Substanz zu bewirken, und ihre Reproduktion zu vollenden, bedarf es der Heilgymnastik.

Die Mittheilungen Duchenne's über schnelle Beseitigung veralteter Lähmungen müssen mit Vorsicht aufgenommen werden. Denn ganz unverträglich mit dem Wesen dieser Krankheiten ist die Behauptung, dass Jahre lang bestandene Paralysen nach 3 bis 4maliger Anwendung der Faradisation dauernd geheilt sein sollen. Zu solchen Regenerationen bedarf die Natur durchaus einer geraumen Zeit. Das hier Gesagte findet seine Geltung auch bei muskulären Kyphosen und Skoliosen. Diese Zustände haben mit jenen oben besprochenen partiellen Paralysen so grosse Aehnlichkeit, dass sie füglich als ein Krankheitsgenus betrachtet werden dürfen. Eine muskuläre Kyphose ist die Folge der relaxirten Rückenstrecker. Man denke sich, dass diese plötzlich an beiden Seiten der Wirbelsäule gelähmt würden. Die Folge wäre, dass ihre gesunden Antagonisten den Rumpf in einem bedeutenden Winkel nach vorne ziehen würden. Dieser Fall ist in seiner höchstmöglichen In- und Extensität gewiss selten. Allein nicht so in geringeren Graden. Man findet in diesen Fällen den Rücken in einer grossen Kurve konvex nach hinten gekrümmt, während die Halswirbel die Gegenkrümmung bilden. Der Nacken erscheint daher ausserordentlich verkürzt, so dass er durch den stark nach hinten übergebeugten Kopf fast verschwindet.

Je nach der Dauer des Uebels und der dadurch sekundär in den Wirbeln erzeugten organischen Veränderung gelingt es, momentan die normale Stellung mehr oder weniger hervorzurufen. Dieser Zustand entsteht und verschlimmert sich allmählig. Seine Genesis ist unklar. Man ist stets geneigt, ein dyskrasisches Moment anzunehmen, namentlich Rhachitis. Trotz aller darauf gerichteten Aufmerksamkeit habe ich doch diese Annahme in der

Mehrzahl bestätigt gefunden. Diese muskulären Kyphosen und Skoliosen entstehen äusserst häufig erst gegen die Pubertätszeit hin und die genaueste Untersuchung lässt dann die allgemeinen Symptome der Rhachitis durchaus vermissen. Dagegen verbinden sich die in den früheren Kinderjahren entstehenden Deformitäten des Rückgrates und Thorax allerdings häufig mit allgemeiner Rhachitis des ganzen Knochengebäudes. Wenn wir mit Stromeyer Rhachitis als Paralyse der vegetativen Nerven des ganzen Muskel-Systemes betrachten, dann freilich können wir das rhachitische Moment auch bei einer muskulären Schiefheit in späteren Jahren gelten lassen. Ich bekenne lieber meine Unkenntniss, als dass ich Theorieen huldigen könnte, die auf gar zu viele Widersprüche stossen.

Genug, das Kind fängt an, den Rücken konvex nach hinten zu krümmen, die inneren Ränder der Schulterblätter verlieren ihre parallele Stellung zu einander. Durch Betheiligung der Mm. cucullares, rhomboidei, latissimi dorsi treten die unteren Winkel der Schulterblätter stark nach aussen. Sekundäre Veränderungen an den Rippen, dem Brustbeine, den Schlüsselbeinen, den Intervertebral-Bändern und Wirbelkörpern selbst sind unausbleiblich. Mit dem an der vorderen Fläche verflachten und verschmälerten Thorax verbinden sich nachtheilige Folgen für die Respiration und Blut-Zirkulation und dem entsprechend für die Oekonomie des ganzen Organismus. Die gegen diesen Zustand vor der Kenntniss der Ling'schen Heilgymnastik angewandte Behandlung liess die physiologische Deutung nur zu sehr vermessen. Man begnügte sich, der vorgefundenen Krümmung mechanische Mittel, untermischt mit allgemeinen Turnübungen, entgegenzusetzen. Es war dasselbe Verfahren, wie die Anwendung von Schienen bei dem gelähmten Fusse. Rationell ist dort, wie hier, nur dasjenige Verfahren, welches die physiologische Abnormität, für die erloschene oder respektive verminderte Kraft der betheiligten Muskeln, zu beseitigen strebt. Dieser Indikation entspricht nun die Ling'sche Heilgymnastik. Sie erregt durch ihre passiven Bewegungen die gesunkene Innervation und belebt, indem sie das geringste übrig gebliebene Maass von Kontraktilität für ihren Heilzweck auszubeuten versteht, neu den Vegetations-Prozess in den ohne sie der Verfettung anheimfallenden paralysirten Muskeln. Mag man, um diesen lokal darniederliegenden Reproduktions-Zustand zu fördern, diese Behandlung unterstützen durch erweichende und

kräftigende Bäder, durch Faradisation, durch die kalte Douche, — für sich allein vermögen diese nicht, die Deformität zu heilen. Passive und hauptsächlich spezifisch-aktive, d. h. dem örtlichen pathischen Zustande der Deformität genau entsprechende Bewegungen sind allein im Stande, die gestörte Funktion der Muskeln wiederherzustellen.

Ein aus meiner Beobachtung beliebig herausgenommener Fall mag als praktischer Beleg für diese Ansicht hier eine kurze Mittheilung rechtfertigen. Julie de R., 9 Jahre alt, Tochter des Geheimerathes de R., kann als das Original angesehen werden zu dem oben gelieferten Portrait der muskulären Kyphose. Sie befindet sich seit einem Jahre in meiner heilgymnastischen Behandlung, während welcher Zeit sie täglich aus ziemlich weiter Ferne meinen Kursaal besucht. Ausser der Heilgymnastik ist unbedingt nichts Anderes angewendet worden. Die Behandlung bestand vorzugsweise in spezifisch aktiven Bewegungen der Rückenstrecker, der Mm. cucullares und rhomboidei und der latissimi dorsi. Das Kur-Resultat ist sowohl in Bezug auf die Kyphose, als auf das Allgemeinbefinden ein so entschieden günstiges, dass die Heilung eine vollständige genannt werden darf.

Auch hier kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass das zu frühzeitige Abbrechen der Kur, etwa nach einer mässig befriedigenden Besserung, sehr zu tadeln ist und sich leicht mit einem Rückfalle straft. In so fern jeder durch die Heilgymnastik hier erzielte Erfolg ein Resultat der Reproduktion des organischen Gewebes selbst ist, kann man gewiss nirgends mehr, als hier von einer gründlichen Heilung sprechen. Dies kann indess die Möglichkeit nicht ausschliessen, dass die Bedingungen, unter welchen die lokale Krankheit ursprünglich entstand und so lange unterhalten ward, nicht ein Mal wiederkehren sollten. Die sicherste Bürgschaft bietet daher möglichst so lange fortgesetzte Anwendung der Gymnastik, bis mit der völligen Beseitigung des Lokalleidens auch das Allgemeinbefinden vollkommen befriedigt ist.

Die Behandlung der muskulären Kyphose ist leicht im Vergleiche zu der der Skoliose. — Die Behandlung derjenigen Kyphose, deren Ursache in Spondylarthrokace besteht, ist gar nicht Gegenstand der heilgymnastischen Behandlung. Sie gehört eben so in das Gebiet der Chirurgie, wie etwa die an irgend einem anderen Theile des Skelettes vorkommende entzündliche oder tuberkulöse Affektion. Jeder Arzt wird diesen Krankheitszustand

in jedem Familienkreise nach den Regeln der Chirurgie behandeln, vorausgesetzt, dass überhaupt den zu einer Kur erforderlichen Requisiten entsprochen werden kann. Der Umstand, dass die Lokalität des Leidens eine besondere Lagerung erfordert, stempelt dasselbe noch keineswegs zu einem solchen, das spezieller orthopädischer Vorrichtungen oder gar besonderer Kenntnisse bedarf. Jedes entzündliche Leiden, nicht blos äusserer, sondern auch innerer Organe, gebietet eine entsprechend zweckmässige Lagerung, sei es, um die Schmerzen und Beschwerden des Kranken zu erleichtern, sei es, wie z. B. bei entzündlichen Gelenkleiden, um der drohenden Anchylose die mindest nachtheilige Form zu verschaffen. Guérin hat in neuerer Zeit bei Spondylarthrokace die beständige Bauchlage angerathen und Andere haben zu dem Ende den Bauch unterstützende Schweben angewandet. Diese Prozedur wird bei der oft Jahre langen Dauer des Leidens eben so qualvoll, als für den Total-Organismus verderblich, Nachtheile, welche mit dem mehr als zweifelhaften Nutzen in keinem Verhältnisse stehen. Ich kann aus Erfahrung betheuern, dass der Heilungs-Prozess der Spondylarthrokace durch Osteophyse auch ohne Bauchlage vollkommen gelang, während ich durch Jahre lang von Anderen fortgesetzte Anwendung der Bauchschwebe die traurigste lokale Verkrüppelung und allgemeine Verkrümmung gesehen habe.

Ist aber in Folge von Spondylarthrokace die unter dem Namen Buckel (Gibbus) bekannte spitzwinklicht nach hinten hervorragende Deformität eingetreten, dann kann die Behandlung mit mechanischen Druck- und Streck-Apparaten am allerwenigsten Anwendung finden. Besteht die Entzündlichkeit noch fort, oder zeigt sich ein Abszess, so ist eben die jedem Arzte bekannte medizinisch-chirurgische Behandlung die einzig richtige. Ist aber der definitive Krankheitsprozess mit Hinterlassung jener Deformität erloschen, so setzt eben die eingetretene Anchylose der Wirbelknochen jedem Einschreiten gebieterisch die Grenze.

Ausser der muskulären und den durch Spondylarthrokace bedingten Kyphose gibt es nun noch eine 3. Spezies dieser Krankheitsform, die rhachitische. Die Entstehung dieser fällt in das zarteste Kindesalter (gewöhnlich das 2. Lebensjahr). Die Rhachitis ist eine mit Hypertrophie der Knochenknorpel verbundene Knochenweichheit, welche von der schmerzhaften Osteomalazie Erwachsener wohl zu unterscheiden ist. Die Anwesenheit

der charakteristischen Gelenk-Anschwellungen und das Entstehen dieser Form im zarten Kindesalter erleichtern die Diagnose derselben und lassen die Verwechselung mit der von Relaxation der Rückenstrecker abhängigen verhüten; während andererseits die Unterscheidung von der durch Spondylarthrokace bedingten Form der Kyphose noch geringeren Schwierigkeiten unterliegt. Der Rhachitismus ist bekanntlich eine Krankheit des Gesammtorganismus und seine Behandlung muss hauptsächlich eine allgemeine sein. Vor Erreichung des 4. Lebensjahres ist hier die Gymnastik nicht anzuwenden. Von diesem Alter ab aber habe ich rhachitische Kinder mit entschiedenem Erfolge mittelst Heilgymnastik behandelt. Die Rhachitis ist in der Regel mit einer mangelhaften Entwickelung der Muskulatur verbunden. Nach Engel sind die bei Rhachitis mehr zunehmenden Krankheiten der Respirations- und Chylifikations-Organe die Bedingungen des Rhachitismus und die gehinderte Entwickelung der unteren Lungenlappen setzen sich nach ihm oft bis in das spätere Knabenalter fort. Daraus erklärt sich die vortheilhafte Einwirkung allgemeiner gymnastischer Uebungen für Rhachitische. Einer spezifisch aktiven Gymnastik bedarf es hier weniger, da wir es nicht mit Erkrankung bestimmter Muskelgruppen, sondern, wie schon bemerkt, mit einer konstitutionellen Krankheit des ganzen Knochen- und Muskelsystemes zu thun haben.

Ferner liefern die muskulären Skoliosen für die schwedische Heilgymnastik eine reichliche und erfolgreiche Wirksamkeit. Alles, was ich gegen die mechanisch-orthopädische Behandlung bei Gelegenheit der Paralysen und Kyphosen gesagt habe, findet auch hier seine volle Giltigkeit. Nur durch eine sorgfältige Würdigung, durch eine genaue Diagnose der lokal gestörten physiologischen Muskelthätigkeit ist hier eine wissenschaftliche Behandlungsweise möglich. Freilich hat diese Diagnose und mit ihr die heilgymnastische Behandlung, so leicht in frischen und einfachen Fällen, ihre oft unüberwindlichen Schwierigkeiten in veralteten und komplizirten. Allein diese Schwierigkeiten dürfen uns um so weniger abschrecken, als ja die Wissenschaft im Ganzen und Einzelnen in fortschreitender Bewegung ist, welche auch für die nützliche Verwerthung der Heilgymnastik nicht ohne Folgen bleiben kann. Vor Allem aber habe ich daran zu erinnern, dass jede Heilpotenz erst in der Hand des richtig diagnostizirenden Arztes zu einem Heilmittel wird. Nicht anders ver-

hält es sich mit den Heilpotenzen des Heilgymnastikers, mit den Bewegungen. Von welchem Einflusse auf den Erfolg derselben müssen hier nicht schon die verschiedenen Auffassungen von der ursächlichen Betheiligung dieser oder jener Muskeln sein, über welche die endgiltige Entscheidung noch keineswegos gesprochen ist und worüber ich meine Ansicht in meiner besonderen Schrift ausführlich erörtert habe! Wie überall in der rationellen Therapie, so findet auch hier der Satz seine Geltung: dass Der gut heilt, der gut diagnostizirt. Desshalb habe ich mit unendlichem Interesse die reichen Aufklärungen studirt, welche uns seit wenigen Jahren Duchenne durch seine Experimente an Lebenden mittelst direkter und indirekter Faradisation der Muskeln verschafft und welche er nicht unbezeichnend Myologie vivante genannt hat. Seine Experimente haben genauer, als es bisher möglich war, die spezifische Funktion eines jeden einzelnen Muskels, ja nicht selten einzelner Muskelfasern nachgewiesen. Diese bieten für die Heilgymnastik eine reiche Quelle der Bestätigung und Berichtigung ihrer zur Behandlung von Deformitäten so unentbehrlichen spezifisch-aktiven Bewegungsformen. Duchenne's Experimente berichtigen z. B. die bisherige Annahme über die Wirkung des M. latissimus dorsi dahin, dass es derjenige Muskel sei, welcher die beste und gefälligste Rumpfhaltung hervorbringt, indem er die Schultern zugleich senkt und zurückzieht und den Rücken kräftig streckt. Seine obersten Fasern für sich allein faradisirt ziehen das Schulterblatt von aussen nach innen und von vorn nach hinten, seine unteren Fasern senken die Schulterecke.

Die genauere Kenntniss von der physiologischen Funktion dieses einen Muskels muss für die heilgymnastische Behandlung in dem Falle von grossem Gewinne sein, wo es sich um die Bestätigung einer gewissen Schulterdeformität handelt, oder wo eine solche mit Skoliose komplizirt ist.

Der M. latissimus dorsi, dessen Ansatzpunkte bekanntlich einerseits die Proc. spinosi der 5 untersten Brust- und sämmtlichen Lendenwirbel, andererseits die Spina tuberculi minoris sind, gilt bisfach für einen die Schulter abwärts und den herabhängenden Arm hinterwärts ziehenden Muskel.

Aehnlich verhält es sich nun mit den zahlreichen von Duchenne uns gewordenen Aufklärungen, deren Benutzung mir oft recht wesentlich zu Statten gekommen ist. Ich kann ohne Uebertreibung behaupten, dass die bei weitem grössere Anzahl

der von mir behandelten Skoliotischen die Kur mit wesentlichem Erfolge gebraucht hat. Selbst in veralteten Fällen, in denen meiner heilgymnastischen Einwirkung langjährige mechanische Behandlung ohne allen Nutzen, öfters unter lokaler Verschlimmerung und häufig mit nachtheiligen Folgen für den Gesammtorganismus vorangegangen waren, bewährte die Heilgymnastik sich als einen nicht genug anzuerkennenden Fortschritt. Selbst lang bestandene Neuralgieen, die von der Deformität abhängig erschienen, wichen dem Gebrauche der Heilgymnastik und zwar ohne Rückfall; überdies ist die günstige Einwirkung auf das Allgemeinbefinden gewiss kein gering zu schätzender Gewinn. — Mit grosser Genugthuung für die Heilgymnastiker darf ich es aber auch aussprechen, wie entschieden die geachtetsten Aerzte, nachdem sie von dem wissenschaftlichen Fundamente dieser Doktrin Kenntniss genommen, sich für diese Behandlungsweise interessiren. Ihre Erwartungen wurden durch die möglichst günstigen Heilerfolge gerechtfertigt, wie dies ihre fortgesetzte Beachtung und Empfehlung der Heilgymnastik in diesen so weit verbreiteten Krankheitszuständen am besten darthun.

Recht günstig hat sich ferner die Heilgymnastik beim Veitstanze erwiesen. Selbst wo dieser sehr veraltet war, wurde durch sie noch vollkommene Heilung bewirkt. Ein von Hrn. Dr. Braun hier selbst meiner heilgymnastischen Behandlung überwiesenes, seit 4 Jahren an Chorea leidendes 16 jähriges Mädchen, bei welchem viele sonst bewährte Mittel die Heilung nicht bewirken konnten, ward nach 6 monatlichem Gebrauche der Gymnastik vollkommen gesund. Die mit Sehnsucht erwartete Menstruation war längst und regelmässig eingetreten, ohne den davon gehegten Hoffnungen auf Genesung zu entsprechen. Gegenwärtig ist das junge Mädchen, das auch geistig durch die Chorea fast bis zur Fatuität verfallen war, wie mich erst vor wenigen Tagen die Mutter desselben versicherte, geistig und körperlich neu belebt.

An Schreibekrampf habe ich nur 3 Fälle behandelt. Die damit Behafteten litten gleichzeitig an bedeutenden anderweitigen chronischen Krankheiten, deren Zusammenhang mit dem Schreibekrampfe ich nicht zu ermitteln vermochte. Ich hätte freilich Gelegenheit zu zahlreicheren Beobachtungen gehabt, wenn ich es über mich vermocht hätte, den desshalb bei mir Hilfe Suchenden durch einigermassen sichere Heilverheissung zu imponiren. Dass eine Heilung bei Ausdauer in der Kur und Vermeidung des

Schreibens möglich ist, dafür sprechen mir mündlich mitgetheilte Beobachtungen in Stockholm und Petersburg.

In 2 Fällen sehr veralteter Hemiplegie apoplektischen Ursprunges hatte die Behandlung auffallende Besserung gezeigt. Ein solcher Fall befindet sich Versuchs halber seit 4 Monaten in meiner Behandlung und betrifft eine Frau, welche seit 7 Jahren hemiplektisch betroffen ist. Die Besserung ist sowohl im Arme als im Fusse unverkennbar, und ist dies immerhin beachtenswerth bei einem Krankheitszustande, wo nach solcher Dauer kein anderes Verfahren eine Aenderung bewirkt haben würde.

Welchen Nutzen die Heilgymnastik bei Architectura phthisica gewähre, wie sie hier lange fortgesetzt das einzige Präservativmittel gegen die angeerbte Tuberkulose biete, habe ich, gestützt auf die bewährtesten pathologischen Anschauungen in meiner Abhandlung nachgewiesen.

Bei schon evident vorhandener Lungen-Tuberkulose halte ich die Anwendung der Heilgymnastik für erfolglos. Dagegen habe ich sie bei Asthma mit grossem Vertrauen angewendet, dem auch der Erfolg vollkommen entsprach. Eine 42 Jahre alte Dame, welche seit einer Reihe von Jahren an Asthma litt und auf Empfehlung eines hochgestellten Arztes fünf Monate hindurch sich der Heilgymnastik mit grosser Pünktlichkeit bediente, blieb während dieser ganzen Zeit von jedem Anfalle verschont und ist es auch nach meinen Erkundigungen bis jetzt, nachdem bereits mehrere Monate seitdem verflossen sind, geblieben.

Dass Chlorotische die Gymnastik mit Vortheil gebrauchen, ist zu allgemein anerkannt, als dass ich dabei länger verweilen dürfte. Ein Fall, die Tochter der Gräfin D . . ., war mir in sofern interessant, als ein seit längerer Zeit bestandenes Erbrechen, das gewiss nur in einer Reizbarkeit der Magen-Nerven seinen Grund hatte, vom ersten Tage des Gebrauches der Gymnastik aufhörte und nicht wiederkehrte. Die Behandlung bestand nur in der Anwendung allgemeiner harmonischer spezifischer aktiver Bewegungen.

Bei beweglichen Hernien verdient die Heilgymnastik unsere ganze Beachtung. Ein Bruchband ist bekanntlich oft eine unangenehme Nothwendigkeit für jeden Bruchkranken. Es ist aber kaum ein Palliativ-Mittel und man hat daher in früheren Zeiten oft die lebensgefährlichsten Operationen gewagt, um solche Hernien zu heilen. Obgleich dies nimmermehr zu rechtfertigen

ist, so kann es doch als Beweis gelten, dass mit Brüchen nicht selten grosse Inkonvenienzen verbunden sind, welche eine Radikal-Kur sehr wünschenswerth machen. Theorie und Erfahrung sprechen dafür, dass in den spezifisch-aktiven Bewegungen der Ling'schen Heilgymnastik die Möglichkeit der Radikalkur gegeben ist, die sich namentlich im jüngeren kräftigeren Lebensalter am sichersten bewirken lassen muss.

Der 30jährige Assessor T. hierselbst brauchte die heilgymnastische Behandlung wegen sehr eingewurzelter, mit tiefer Hypochondrie verbundener Unterleibsbeschwerden. Von diesen nach Verlauf von 4 Monaten vollständig geheilt, forderte er mich auf, die heilgymnastische Behandlung gegen seinen doppelten Leistenbruch zu richten, dessen Zurückhalten durch ein entsprechendes stets anliegendes Bruchband bewirkt wurde. Ich vertauschte seine früheren Bewegungen mit solchen, welche so berechnet waren, dass sie die Wirkung auf Steigerung der Kontraktilität in den die Bruchpforte konstituirenden Theilen nicht verfehlen konnten. Jetzt nach 4 monatlicher Anwendung dieser Bewegungen tritt bei versuchtem Weglassen des Bruchbandes keiner der Brüche hervor, selbst nicht bei starkem Husten und bei anderen experimentellen Bewegungen. Dieser Kranke litt ferner an Varikokele, welches Leiden ich überhaupt bei Unterleibskranken mit hartnäckiger Verstopfung sehr häufig beobachtet habe. Die Varikokele besteht ja auch im Grunde aus nichts Anderem als aus Varices, und ist die Folge von Stockungen des Blutes in entfernteren Venen der Leber u. s. w. Sowohl bei diesem, als bei vielen anderen Unterleibskranken habe ich diese symptomatische Varikokele durch die Heilgymnastik in auffallendem Grade schwinden sehen. Ich glaube, dass die Varikokele keineswegs ein so gleichgiltiges Leiden ist, als es bisweilen scheinen könnte; namentlich klagten mehrere damit Behaftete, wiewohl im kräftigsten Mannesalter stehend, übereinstimmend über Indifferenz in Venere; ja sie gaben sich selbst für impotent aus. Dieser bedeutungsvolle Einfluss der Störung in dem Venenblutlaufe des Samenstranges ward bisher weniger beachtet, während die Folgen des gehemmten arteriellen Blutzuflusses sowohl physiologisch längst begründet als für akiurgische Zwecke mit mehr oder minder Erfolg benutzt worden sind.

Ueberhaupt gewährten mir Unterleibskranke der verschiedensten Art eine reiche Quelle der Beobachtung. Im Kampfe mit dem zähen Widerstande, welchen die mannigfachen chroni-

schen Beschwerden der Unterleibskranken unserer Medikation häufig entgegen setzen, sind wir in unserer Rathlosigkeit nicht selten ungerecht gegen diese Leidenden, wenn wir sie als Hypochondrische und Hysterische ad acta legen. Die günstigen Erfolge, welche die Heilgymnastik hier erzielte, haben bereits die Beachtung gewiegter Praktiker vielseitig auf sich gelenkt. In der That verdient diese Behandlungsart der Unterleibskranken die weitere Empfehlung nicht etwa, wie Manche glauben möchten, desswegen, weil diese Kranken nach vielen vergeblichen Kurversuchen nun einer neuen ihre Hoffnung zuwenden, die Ling'sche Gymnastik hat vielmehr auch hier, wie ich anderweitig nachgewiesen habe, ihre wissenschaftliche Begründung. Es handelt sich hier nicht um eine palliative Behandlung dieses oder jenes Symptomes, sondern um die Erfüllung allgemeiner, den Ursachen der Unterleibsbeschwerden entsprechender Indikationen, diese beziehen sich im Allgemeinen auf die Beseitigung von hyperämischen Zuständen der Leber und Milz, von Stockungen im Venensysteme, von Atonie der kontraktilen Faser des Darmkanales und von Torpidität im Gangliensysteme des Unterleibes. In jenen Fällen, wo man in diesen abnormen Zuständen die Quelle der vielfachen Beschwerden Unterleibskranker zu finden meint, darf man sich von der Heilgymnastik einen überaus günstigen Erfolg versprechen. Die mit umsichtiger Auswahl angewendeten passiven und spezifisch-aktiven Bewegungen bewirken hier, sei es durch direkte Einwirkung auf den Leib, oder durch Ableitung des Blutes, durch Wiederbelebung der Zirkulation in verödeten Kapillären, oder endlich durch Anregung der gesunkenen Innervation eine heilsame Reaktion, welche sich nicht selten durch basische Harnsedimente und Hämorrhoidal - Blutausscheidungen bemerklich macht; öfter aber auch ohne solche die normale Funktion der Unterleibs-Organe zur Folge hat. Auch in jenen Fällen, wo die oft räthselhaften Beschwerden weniger ihren Grund in den oben angeführten Ursachen, als in einer der erläuternden Theorie schwer zugänglichen abnormen Thätigkeit des Gangliensystems haben, findet die Heilgymnastik einen günstigen Boden. Wenn es gestattet ist, analog den Hyperämieen, eine Kongestion des Innervations-Fluidums in den Zentralherden der Nerven, der Ganglien, anzunehmen, so fände die praktisch bewährte wohlthätige Wirkung der Heilgymnastik ihre wohlbegründete Erklärung darin, dass sie eine heilsame Vertheilung der Innervation bewirke durch Ueber-

tragung dieser auf die motorischen Nerven. Theorieen über die Wirkungsart therapeutischer Potenzen sind freilich bald gefunden, ich bin aber selbst der Meinung, dass man bei ihnen nicht gar zu viel erklären wollen dürfte. Unsere besten Heilmittel sind die, welche heilen trotz aller Theorieen und ohne solche. Wenn es angeht, dünkt mich, müssen wir uns des Zweckes unseres ärztlichen Handeln theoretisch bewusst sein, ohne jedoch den Vorwurf des Empirismus zu fürchten, wenn wir den Weg der Erfahrung einschlagen. Daher würde ich mich selbst nicht scheuen, vor dem ärztlichen Publikum auch die blosen Thatsachen ohne theoretische Beimischung zu berichten, dass die Ling'sche Heilgymnastik bei den gedachten Unterleibsbeschwerden ein höchst beachtenswerthes Heilmittel ist.

Um aus der Menge der aus dieser Kategorie von mir behandelten Kranken ein hübsches Zeugniss beizubringen, führe ich den Fabrikbesitzer L. an, welcher auf Anrathen des Herrn Dr. Jung hierselbst von mir heilgymnastisch behandelt ward. Die Obstructio alvi war bei ihm seit langer Zeit so habituell, dass ohne eröffnende Mittel absolut niemals Stuhlgang erfolgte. Dabei bestand jener Komplex allgemein bekannter Beschwerden: Kongestionen mit Benommenheit und Schwere des Kopfes, Flatulenz, Kreuzschmerz, unbehaglich kalten Füssen und dgl. m. Dem rüstigen Alter von etwa 30 Jahren und der sonst guten Körperkonstitution ist es ohne Zweifel zuzuschreiben, dass hier in vier Wochen ein so vollkommen günstiger und nachhaltiger Erfolg bewirkt ward, wie wir ihn sonst erst in so vielen Monaten erwarten dürfen.

Uebrigens kann ich nicht unerwähnt lassen, wie viel ich bei der Behandlung der Unterleibskranken mit deren charakteristischen Unentschlossenheit und Kleinmüthigkeit zu kämpfen habe. Gewöhnt durch kalte Klystire, Morison'sche Pillen u. dgl. unmittelbare Wirkung zu sehen, bedarf es nicht selten der entschiedensten Autorität, um das vorzeitige Aussetzen dieser Kurmethode zu verhüten. Reiste doch ein von seinem Arzte zur Kur hierher geschickter Kranker aus Elbing nach mehrstündigem Aufenthalte in Berlin sofort wieder ab, ohne nur etwas von dem Verfahren angesehen zu haben, machte jedoch 4 Meilen vor Elbing, in Marienburg angelangt, Kehrt um, nun erst in seinem Vorhaben gekräftigt, die Kur zu gebrauchen. Ich kann aber solche Kranke um so entschiedener zur Ausdauer ermuntern, als ich aus Erfahrung mit Sicherheit auf die günstige Wirkung rechnen darf.

Ueber Ursache und Behandlung des Spasmus glottidis der Kinder. Mitgetheilt von D. Stifft, praktischem Arzte zu Weilburg.

Das Dunkel, welches trotz zahlreicher Beobachtungen immer noch auf der Erkenntniss des Wesens der Asthmaformen des Kindesalters ruht, und die davon abhängige Unsicherheit der Therapie möge den Verfasser entschuldigen, dass er in den nachfolgenden Zeilen der Oeffentlichkeit eine Beobachtung übergibt, welche, wenn auch noch vereinzelt dastehend, doch wohl geeignet sein möchte, in ihren Konsequenzen einen nicht unerheblichen Beitrag zur Erkenntniss und Behandlung jener Krankheit zu liefern. Da es sich dabei nicht im Entferntesten darum handelt, die Symptomatologie des Spasmus glottidis feststellen oder bereichern zu helfen, so konnte die Krankengeschichte in möglichster Kürze gegeben werden.

Im Oktober vorigen Jahres wurde ich von einer Frau aus meinem Wohnorte wegen ihres Kindes zu Rathe gezogen, welches, wie sie sagte, von inneren und äusseren Krämpfen befallen worden sei. Es war ein starker wohlgebildeter Knabe von 5—6 Monaten, von frischem gesundem Aussehen, die Mutter selbst eine junge blühende Frau, die bisher dem Kinde keine andere Nahrung als die Muttermilch zu geben nöthig gehabt hatte. Nach Angabe der Mutter war das Kind stets gesund gewesen, hatte von Anfang an bei stets normaler Verdauung sich rasch entwickelt und nur seit etwa 14 Tagen etwas Husten bekommen, der aber so unbedeutend und für das Kind so wenig angreifend war, dass sie denselben nicht weiter beachtet hatte. Vor vier Tagen nun hatte das Kind, nachdem es vorher ungewöhnlich unruhig gewesen war, in der Nacht einen Anfall von Krämpfen bekommen. Aus der etwas verworrenen Beschreibung der Mutter liess sich das Nachfolgende entnehmen: das Kind hätte plötzlich steif und regungslos dagelegen, die Augen verdreht, wäre roth und blau im Gesicht geworden, und erst nach einigen Minuten wieder zu sich gekommen, wonach es noch längere Zeit geschrieen und gewimmert hätte. Diese Zufälle hätten seitdem jede Nacht repetirt, am Tage wäre das Kind munterer, nähme die Brust wie gewöhnlich, die Oeffnung sei regelmässig. So unvollkommen diese Angaben auch waren, so lag

doch die Vermuthung nahe, dass die genannten Erscheinungen von einem Krampfe der Stimmritze abhängig waren und spätere eigene Wahrnehmungen bestätigten mir die Diagnose. Die sogleich vorgenommene Exploration der Brust ergab durchweg einen normalen Perkussionston, von einer etwa durch eine vergrösserte Thymusdrüse hervorgebrachten Dämpfung keine Spur. Dagegen war bei der Auskultation über die ganze Lunge verbreitetes grossblasiges Schleimrasseln zu hören. Von rhachitischer Erweichung der Schädelknochen oder anderen Symptomen von rhachitischer oder skrophulöser Dyskrasie war nicht das Geringste wahrzunehmen. Fieber war nicht zugegen, die Verdauung merkbar nicht gestört und das Kind überhaupt von so kräftigem gesundem Aussehen, wie man es allen Kindern in diesem Lebensalter wünschen möchte. Die einzige, bei meinem ersten Besuche sinnlich wahrnehmbare, krankhafte Erscheinung war die starke Schleimsekretion in den Bronchien und dieses Symptom bestimmte mich, dem Kinde zur Entleerung des Schleimes ein Brechmittel zu verordnen, indem es nicht unwahrscheinlich erschien, dass auch die asthmatischen Anfälle von der Schleimanhäufung in den Bronchien bedingt sein möchten. In der That hatte dies auch scheinbar einen überraschend schnellen Erfolg. Den folgenden Tag hörte ich, dass in der Nacht die Krämpfe nicht repetirt hätten, auch war der Husten fast ganz verschwunden. Da auch den Tag darauf keine weiteren krankhaften Erscheinungen auftraten, so verordnete ich noch zwei Drachmen Vinum stibiatum in einer Mixtur und stellte meine weiteren Besuche ein.

Nach etwa acht Tagen wurde ich indess wieder zu dem Kranken gerufen. Die asthmatischen Anfälle waren seit mehreren Tagen wiedergekehrt und heftiger als zuvor. Sie stellten sich mehrmals in der Nacht ein, repetirten auch am Tage und fingen an, das ganze motorische Nervensystem in Mitleidenschaft zu ziehen. Diese Mitleidenschaft zeigte sich auch ausserhalb der Paroxysmen, das Kind lag nie ruhig, die Hände waren geballt und die Daumen eingeschlagen, der Blick des Auges unstät, das Auge selbst beständig in rollenden Bewegungen. Der Appetit war vermindert, die Oeffnung träge, der Puls beschleunigt und klein. Ich verordnete nur zunächst Kalomel, um Stuhlgang zu bewirken, später lauwarme Bäder, Zink, Moschus und Klystire von Asa foetida. Von allen diesen längere Zeit hindurch angewandten Mitteln zeigten nur die warmen Bäder eine einiger-

massen günstige Wirkung, indem gleich nach dem ersten Bade, welches ich nur Abends geben liess, das Kind ruhig wurde, die nervöse Aufregung und Spannung aufhörten und ruhiger Schlaf eintrat. Aber nur bei den ersten Bädern zeigte sich dieser Erfolg. Bald traten wieder alle Erscheinungen in höherem Grade ein, der Puls wurde kaum fühlbar, die Haut kühl und blass, der Appetit verlor sich ganz, die Zunge hing meist schlaff zum Munde heraus, die Kräfte sanken immer mehr, getragen war das Kind nicht mehr im Stande, den Kopf aufrecht zu erhalten, endlich stellte sich häufiges Erbrechen ein, wodurch Alles, was in den Magen gelangte, sofort wieder entleert wurde.

Diese gänzliche Wirkungslosigkeit der eben genannten Antispasmodica, welche von den meisten Aerzten gerühmt und mit Vorliebe bei dem Asthma laryngeum angewendet werden und von denen ich selbst in allen Fällen von Stimmritzenkrampf, die mir früher vorgekommen waren, wenn auch keine rasche Heilung, doch eine günstigere Wirkung hatte beobachten können, musste mir um so auffallender sein, als ein organisches Leiden oder eine dyskrasische Blutbeschaffenheit, welche dem Asthma zu Grunde gelegen hätte, durchaus nicht nachzuweisen war. Die Prognose war also im Beginne der Krankheit eine durchaus günstige gewesen, der Zustand des Kindes zuletzt aber so bedenklich geworden, dass ein baldiger tödtlicher Ausgang unzweifelhaft schien. Unter diesen Verhältnissen konnte ich mich nicht bewogen fühlen, noch weiter in der Literatur empfohlene antispasmodische Mittel — blausaures Zink, Kupfer, Kirschlorbeerwasser etc. — zu versuchen. Ich entschloss mich vielmehr zur Anwendung eines Heilmittels, für welches mir zwar die Symptome von Seiten des erkrankten Kindes durchaus keine rationelle Indikationen geben konnten, das aber in der kürzesten Zeit eine vollkommene Heilung zu Wege brachte.

Um die Gründe, welche mich zur Anwendung dieses Mittels, bei mangelnder Indikation von Seiten des Kranken, bestimmten, näher zu erörtern und begreiflich zu machen, muss ich zuerst noch einige Bemerkungen vorausschicken, welche den damals herrschenden Genius epidemicus betreffen.

Im Beginne des vorigen Sommers kamen, nachdem eine Mumpsepidemie in ziemlicher Ausdehnung geherrscht hatte, häufig einfache Gastrizismen zur Behandlung, die entweder ohne Fieber auftraten oder von leichten Fieberbewegungen begleitet waren.

Nach einem Brechmittel oder einigen Drachmen kohlensauren Natrons schwanden Kopfschmerz und Brechneigung, die Zunge wurde rein und auch die fieberhaften Erscheinungen, wo sie vorhanden waren, liessen nach. Bei allem Dem wollten die Kranken doch nicht gesund werden. Sie fühlten sich sehr matt und abgespannt, der Appetit kehrte nicht zurück und es stellten sich wieder Fieberbewegungen ein bei schmutziger Färbung der Haut und rasch eintretender Abmagerung. Es war demnach augenscheinlich, dass diesen Krankheitsfällen nicht ein gewöhnlicher Magen- oder Intestinalkatarrh zu Grunde liegen konnte, sondern dass die Grundursache des Leidens in einer anderen Organerkrankung zu suchen sei. Einmal hierauf aufmerksam gemacht war es nicht schwer, darüber ins Klare zu kommen. Die Farbe des Harnes war überall dunkler als im normalen Zustande und variirte von goldgelb bis zu dunkelbraun. Reichlichere Sedimentbildung war nicht wahrzunehmen. Die Farbe der Darmexkremente zeigte sich in verschiedenen Fällen verschieden. In der Regel waren sie heller als gewöhnlich, gelb, selbst ins Graue spielend, in anderen Fällen, und namentlich wenn nach Stuhlverstopfung durch Laxantia Oeffnung bewirkt wurde, dunkel bis schwarz gefärbt. Schmerzhaftigkeit der Lebergegend war anfangs nicht vorhanden. Bei später Erkrankten aber, wo ohnehin auch das begleitende Fieber weit heftiger auftrat, fehlte auch dieses Symptom nicht. Es konnte demnach kein erheblicher Zweifel obwalten, dass die Funktion der Leber krankhaft verändert und hierin der nächste Grund und das Wesen der Krankheit zu suchen war.

In allen diesen Erkrankungsfällen hatte die Tinct. Chelidonii, je nach Umständen zu $^1/_2$—1 Drachme täglich gegeben, eine rasch eintretende Besserung und vollkommene Genesung bewirkt. Auch in einigen Fällen, wo die Symptome der Lebererkrankung hinter den zunächst in die Augen fallenden Erscheinungen eines sekundären Leidens bis zur Unmerklichkeit zurücktraten, zeigte diese Tinktur die günstigste Wirkung auf die Beseitigung der sekundären Erscheinungen. So wurde ich damals von einem ältlichen unverheiratheten Frauenzimmer zu Rathe gezogen, welches, von kräftiger Konstitution und früher stets gesund, seit einigen Jahren an den Symptomen eines beginnenden Lungenemphysemes gelitten hatte. Dieses pflegte indessen nur in der kälteren Jahreszeit sich der Kranken durch vermehrten Husten fühlbar zu machen; im Sommer war es frei von allen Beschwerden. Vor

einigen Wochen war es von einer Gesichtsrose befallen worden, welche unter einfach diätetischem Regimen bald vorübergegangen war. Nach Ablauf derselben stellten sich aber sehr heftige asthmatische Anfälle ein, welche regelmässig jeden Abend zur bestimmten Stunde eintretend die ganze Nacht hindurch anhielten, der Kranken den Schlaf raubten und erst gegen Morgen wieder nachliessen. Hierdurch sehr angegriffen und beängstigt, glaubte es nur ärztlichen Beistand suchen zu müssen. Weder die physikalische Exploration der Brust noch die übrigen Brustsymptome sprachen für eine bedeutende emphysematöse Entartung des Lungengewebes. Husten und Auswurf waren ganz unbedeutend und die Heftigkeit der asthmatischen Zufälle mit den objektiven Symptomen in offenbarem Widerspruche. Dabei war der Puls beschleunigt, die Zunge dick weiss belegt, die Magengegend aufgetrieben, gegen die Berührung mit der Hand sowie gegen den leisesten Druck der Kleidungsstücke sehr empfindlich, die Esslust ganz geschwunden, der Stuhl träge und die Kranke überhaupt sehr matt und angegriffen. Ich verordnete ihr, da mir der Zustand des Magens vor Allem Berücksichtigung zu verdienen schien, ein Infus. Calam. aromat. mit Natr. carbon. u. Spirit. Nitri dulcis aa. ʒij, zugleich einige Pillen von Aloë. Die Empfindlichkeit des Magens liess bei dem Gebrauche dieser Mixtur nach, die Zunge wurde reiner, die Kranke fühlte sich kräftiger, allein die Heftigkeit der asthmatischen Anfälle wurde nicht im mindesten dadurch alterirt. Die Untersuchung der Farbe der Exkretionen führte mich auch hier bald auf den rechten Weg. Der Urin wurde in geringer Menge abgesondert, war dunkel braun, die nach den Pillen eingetretene Stuhlentleerung pechschwarz. Ich war nun nicht länger im Zweifel, dass die asthmatischen Anfälle durch einen krankhaften Zustand der Leber hervorgerufen waren, und verordnete die Tinct. Chelidonii. Vom ersten Tage des Gebrauches an liessen die Anfälle an Heftigkeit nach und waren nach acht Tagen ganz verschwunden, als auch Urin und Faeces ihre normale Färbung wieder erhalten hatten.

Auf diese an Anderen gemachten Beobachtungen gründete sich meine Vermuthung, dass auch bei dem an Spasmus glottidis erkrankten Kinde eine Erkrankung der Leber die Grundursache des Stimmritzenkrampfes sei. Die bestimmte Diagnose eines Leberleidens nach deutlich wahrnehmbaren objektiven Symptomen bei dem sechsmonatlichen Kinde festzustellen, war mir freilich nicht

möglich, um so weniger, als ich, offen gestanden, bisher gar keine Rücksicht darauf genommen hatte. In den Fällen, wo wir ein Leberleiden vermuthen und nicht hervorstechende lokale Symptome, ikterische Hautfärbung oder ganz graue Exkremente einen deutlichen Fingerzeig abgeben, bleibt immer die Farbe des Urines ein Hauptkriterium. Bei einem Säuglinge muss man indessen auch hierauf verzichten, denn die Färbung der Windeln und Bettwäsche wird gewiss über die Beschaffenheit des Urines wenig Aufschluss geben, zumal wenn die Aeltern nicht in der Lage sind, einen grösseren Vorrath von Wäsche zur Disposition zu haben. Galliges Erbrechen war nie vorhanden gewesen, ebenso wenig war eine Spur von ikterischer Färbung der Haut zu erkennen. Vielleicht hätte im Beginne der Krankheit die Farbe der Faeces einen Anhaltspunkt geben können, allein ich hatte damals nicht darauf geachtet und später, als das Kind mit Kalomel behandelt und mit Asa foetida klystirt worden war, wäre es überflüssig gewesen, in den Leintüchern Farbestudien zu machen.

Wenn demnach die Annahme einer Leberkrankheit sich nicht auf bestimmte sinnlich wahrnehmbare Erscheinungen, sondern nur auf Wahrscheinlichkeitsgründe, hergenommen von dem herrschenden Krankheitscharakter, stützen konnte, so glaubte ich mich doch berechtigt, von der Anwendung von Mitteln abzustehen, die, wenn auch von den bewährtesten Autoritäten empfohlen, doch der zunehmenden Verschlimmerung der Krankheit keinen Einhalt hatten thun können. Ich entschloss mich also zur Anwendung Chelidoniums, verband es indessen noch mit Moschus, indem derselbe, wenn er auch bisher auf die Milderung und Beseitigung des Stimmritzenkrampfes von gar keinem Einflusse gewesen war, doch als flüchtiges Reizmittel bei dem so sehr gesunkenen Kräftezustande die Wirkung des Chelidoniums wesentlich unterstützen konnte. Die Verordnung war: Tinct. Chelid. ℈i, Mosch. grij, Aq. Foenic. ℥ij, stündlich einen Theelöffel voll. Den Tag darauf war schon die entschiedenste Besserung eingetreten. Die Krämpfe hatten zwar noch einmal repetirt, jedoch in verminderter Heftigkeit, auch hatte das Kind längere Zeit ruhig geschlafen. Ich liess nun sofort den Moschus bei Seite und von der Schöllkrauttinktur fünfmal täglich zwei Tropfen in Wasser nehmen. Dies war die richtige Gabe, denn es stellte sich kein Krampfanfall mehr ein, die krankhaften Bewegungen der Extremitäten hörten auf, die Oeffnung wurde regelmässig, Appetit und ruhiger Schlaf

kehrten zurück. Das einzige krankhafte Symptom, welches noch etwas länger zurückblieb, war das Erbrechen, wiewohl auch dieses gleich von Anfang an an Häufigkeit nachgelassen hatte. Sechs Tage nach dem Gebrauche des Chelidoniums war das Kind völlig genesen, nachdem schon 24 Stunden nach der ersten Gabe die Anfälle des Stimmritzenkrampfes ausgeblieben waren.

Ehe ich nun nach Mittheilung dieser Krankengeschichte weiter gehe, um auf einige nicht unwichtige aus derselben sich ergebende Konsequenzen aufmerksam zu machen, dürfte es vielleicht nothwendig sein, vorher einem Einwande zu begegnen, der gegen meine Ansicht, dass die Tinct. Chelid. einen von einer Lebererkrankung abhängigen Spasmus glottidis binnen 24 Stunden geheilt habe, möglicher Weise erhoben werden könnte.

Es könnte nämlich gesagt werden, dass das Vorhandensein einer Leberkrankheit nicht nachgewiesen sei, indem bestimmte, unbestreitbar darauf hindeutende Symptome nicht zur Beobachtung gekommen wären. Dies Letztere auch zugegeben, so folgt daraus nicht, dass diese Symptome nicht wirklich vorhanden gewesen wären, sondern nur dass sie unter den gegebenen Verhältnissen nicht wohl aufgefunden werden konnten. Wenn aber die Prämissen richtig sind:

1) dass zur selben Zeit zahlreiche unzweifelhafte Erkrankungen der Leber vorkamen, welche durch Chelid. geheilt wurden,

2) dass das Chelid. nach der allgemeinen Ansicht der Aerzte eine nur zur Leber in Beziehung stehende Wirkung besitzt, dass endlich

3) das Chelid. in unserem Falle die unverkennbarste und rascheste Heilwirkung gezeigt hat,

so kann der Schluss nicht irrig sein, dass der Spasmus glottidis von einer Leberkrankheit abhängig war und nur auf diese das Chelid. seine heilende Wirkung ausüben konnte und ausgeübt hat. Sollte gleichwohl Jemand obigen Einwurf für begründet erachten, so müsste er folgerecht dem Chelidonium eine spezifische Wirkung auf die motorischen Nerven des Larynx zugestehen. Gegen eine solche Annahme glaube ich mich ausdrücklich verwahren zu müssen. Das Chelidonium ist ganz gewiss kein spezifisches Mittel gegen den Stimmritzenkrampf und wird nur in den Fällen etwas leisten, wo dieses Leiden mit einer Erkrankung der Leber in ursächlicher Verbindung steht.

Die vorliegende Beobachtung eines reinen Spasmus glottidis

als Reflexerscheinung eines Leberleidens ist, so weit mir bekannt, eine ganz vereinzelte und würde als solche weder eine besondere Berücksichtigung verdienen noch auch darauf Anspruch machen, wenn nicht gar manche Gründe dafür sprächen, dass ein gleicher kausaler Zusammenhang in vielen Fällen nachzuweisen sein möchte. Es ist gegenwärtig so ziemlich allgemein angenommen, dass der Spasmus glott. kein primäres Leiden ist, sondern nur als die Folge einer anderweitigen materiellen oder funktionellen Störung auftritt. Diese Annahme steht um so fester, je mehr man angefangen hat, den unendlichen Wirrwarr, welchen deutsche und englische Aerzte in die Nomenklatur und die Lehre von den Kehlkopfkrankheiten der Kinder gebracht haben, zu sichten, und die einzelnen Fälle nach ihrem Wesen zu scheiden und in bestimmte Kategorieen zu vereinigen. Unter anderen hat namentlich Dr. Helfft in einem lichtvollen Aufsatze in Casper's Wochenschrift (das selbstständige Werk desselben „Krampf und Lähmung der Kehlkopfsmuskeln" ist mir leider nur dem Titel nach bekannt) dargethan, dass der Spasmus glott. als reines Nervenleiden eben sowohl von der Laryngitis spasmodica, bei welcher die krampfhaften Erscheinungen durch ein entzündliches Leiden der Schleimhaut bedingt sind, wie von der paralytischen Verengerung der Stimmritze, welche von Geschwülsten, die den N. vagus und recurrens komprimiren, abhängig ist, scharf geschieden werden muss.

Der reine Spasmus glottidis, von dem allein hier die Rede ist, beruht, ohne von einer materiellen Strukturveränderung begleitet zu sein, auf Reflexaktion, indem die motorischen Nerven des Kehlkopfes durch einen von den Nerven anderer Organe ausgehenden Reiz zu krankhafterhöhter Thätigkeit angeregt werden. Hierin findet auch die Beobachtung ihre Begründung, dass sich im Verlaufe der Krankheit so gerne allgemeine Konvulsionen dem Stimmritzenkrampfe zugesellen, indem der ursprüngliche Reiz bei seiner Fortdauer nach und nach das ganze Cerebrospinalsystem in Mitleidenschaft zieht und zu Reflexerscheinungen anregt.

Die Ursachen, welche die krankhaft erhöhte Thätigkeit der motorischen Kehlkopfsnerven bedingen, können verschiedener Art sein. Namentlich hat man die Erregung der Zweige des Trigeminus bei der Dentition, die Erregung der Hautnerven bei schnellem Temperaturwechsel, dann die Reizung der sensiblen Nerven des Magens und Darmkanales bei Störungen der Digestion als die häufigsten kausalen Momente betrachtet.

Unter allen diesen veranlassenden Ursachen verdienen die Störungen der Verdauungsorgane die vorzüglichste Aufmerksamkeit, eine Ansicht, die auch von Helfft ausgesprochen wird. Das Lebensalter, in welchem die meisten Fälle des Spasmus glott. beobachtet worden sind, die Zeit vom 3. bis 18. Monat, ist die Periode des kindlichen Daseins, in welcher die Organe der Verdauung von allen übrigen Organen eine vorwiegende Bedeutung haben. Die ganze Thätigkeit des kindlichen Organismus beschränkt sich auf die Aufnahme und Assimilation der Nahrung. Keine geistige Thätigkeit, keine stärkeren Muskelbewegungen rufen eine konkurrirende Thätigkeit des Nerven- und Zirkulationsapparates hervor. Keine Wunder also, wenn in dieser Periode alle äusseren den kindlichen Organismus treffenden Schädlichkeiten zunächst die Verdauungsorgane krankhaft erregen und in den Störungen ihrer Funktion die Quelle der meisten Krankheiten gesucht werden muss. In Uebereinstimmung mit diesem allgemeinen physiologischen Gesetze findet man das Asthma laryngeum am häufigsten bei Kindern, welche aufgefüttert werden, und ganz besonders dann, wenn die häuslichen Verhältnisse nicht gestatten, für zweckmässige Nahrung und Reinlichkeit die nöthige Sorge zu tragen.

Hieran reiht sich in gleicher Weise die Thatsache, dass ganz besonders rhachitische Kinder den leichteren und schwereren Anfällen des Spasm. glott. unterworfen sind. Dr. Lederer erwähnt in einem Berichte über die Kinderheilanstalt zu Wien, dass von 96 daselbst an Stimmritzenkrampf behandelten Kindern 92 rhachitisch gewesen sind. Derselbe erklärt sich dabei gegen die von Elsässer aufgestellte Hypothese, dass die rhachitische Erweichung der Kopfknochen und die dadurch verminderte Widerstandsfähigkeit des Schädels gegen äusseren Druck die Ursache des bei Rhachitis auftretenden Stimmritzenkrampfes sei. Es ist auch nicht wohl einzusehen, wie der ohnehin sehr problematische Druck, welchen das Kopfkissen bei rhachitischer Erweichung des Hinterkopfes auf das Gehirn ausüben soll, gerade eine Steigerung der Funktion der motorischen Kehlkopfsnerven veranlassen kann, ohne von irgend einem anderen Symptome von Gehirndruck oder Gehirnreizung begleitet zu sein. Viel näher und natürlicher ist offenbar die Annahme, dass auch bei Rhachitis, deren Wesen wir nach dem jetzigen Standpunkte der Wissenschaft in einer krankhaft veränderten Verdauung und Assimilation zu suchen ange-

nimen sind, eben in dieser Erkrankung der Digestionsorgane die Ursache der Reflexaktion der motorischen Kehlkopfsnerven gefunden werden muss.

Hier wird sich uns nun die Frage aufdrängen, woher es denn komme, dass bisher die Therapie keineswegs eines sicheren und raschen Erfolges bei der Behandlung des Stimmritzenkrampfes sich rühmen konnte. Wenn wirklich, wie wir dies aus physiologischen und pathologischen Gründen und nach zahlreichen Beobachtungen annehmen müssen, die Krankheiten der Verdauungsorgane die häufigste Ursache des Spasmus glott. abgeben, so sollte man wohl erwarten, dass die Beseitigung dieser Ursache, welche nicht nur in der Regel leicht zu erkennen, sondern auch der unmittelbaren Einwirkung der Kunst zugänglich ist, für den Arzt mit keinen besonderen Schwierigkeiten verbunden sein könnte.

Die Beantwortung dieser Frage ist nicht schwierig und berührt einen wunden Fleck unserer heutigen Pathologie. Ich glaube, wir würden über die Krankheiten der Verdauungsorgane überhaupt, sowie auch insbesondere über den Zusammenhang zwischen den Digestionsstörungen und den konsekutiven Krankheiten der Kinder weit mehr im Klaren sein, wenn die meisten Pathologen sich nicht damit begnügt hätten, im Allgemeinen eine Diagnose von Verdauungsstörungen, Diarrhoe, Erbrechen zu stellen, sondern diese Störungen je nach ihrer nächsten Ursache — Magen-, Leber-, Darmleiden etc. — mit Schärfe und Bestimmtheit zu trennen bemüht gewesen wären.

Welche bedeutende Differenzen in der Mitwirkung auf das Cerebrospinalsystem bei anscheinend gleichartigen Erkrankungen der Verdauungsorgane bestehen, davon kann man sich fast täglich überzeugen. Sehr häufig beobachtet man bei Kindern lange dauernde, profuse Diarrhoeen, heftiges Erbrechen, ohne dass Reflexerscheinungen von Seite des Nervensystemes dieselben begleiteten, während in anderen Fällen, wo dieselben Symptome in weit geringerem Grade vorhanden sind, das Cerebrospinalsystem sehr bald in Mitleidenschaft gezogen wird. Es hiesse gewiss die Sache zu leicht nehmen, wollte man sich in solchen Fällen mit der trivialen Erklärung begnügen, dass ein Kind ein reizbareres Nervensystem besitze, mithin zu Reflexerscheinungen mehr disponirt sei, als ein anderes. Die Ursache dieses Unterschiedes ist vielmehr darin zu suchen, dass eben Alles, was wir unter der nosologischen Bezeichnung „Verdauungsstörung“ zusammen-

fassen, nur ein Komplex von Symptomen ist, denen die verschiedenartigsten Organerkrankungen zu Grunde liegen können.

Sowohl der oben erzählte Fall, als auch andere Beobachtungen bei Kindern und Erwachsenen bestimmen mich zu der Ansicht, dass die Erkrankung der Leber und die davon abhängige krankhaft veränderte Gallensekretion vorzugsweise Reflexerscheinungen im Gebiete des Cerebrospinalnervensystemes zu erregen geneigt ist. Die physiologische Bedeutung der Leber bietet zur Unterstützung dieser Ansicht schon a priori sehr wichtige Anhaltspunkte. Die Leber gibt nicht nur in ihrem Sekretionsprodukte, die Galle, die für die Metamorphose der Nahrungsmittel nächst dem Magensafte wichtigste Verdauungsflüssigkeit ab, sie ist auch für die Erhaltung der normalen Blutmischung von der höchsten Bedeutung, indem die Galle aus deletären, der regressiven Metamorphose angehörigen Elementen des Blutes gebildet wird. Die krankhafte Störung der Gallensekretion wird demnach nicht nur die Verdauung sofort beeinträchtigen, sondern auch rückwirkend die Blutmischung alteriren und somit den ganzen Organismus in Mitleidenschaft setzen. Folgerecht musste hieraus auch der Schluss sich ergeben, dass die krankhaft verminderte Gallenabsonderung hauptsächlich störend auf den Körper einwirken und die Symptome eines Allgemeinleidens im Gefolge haben müsse. Auch hiermit stimmen meine oben erwähnten Beobachtungen überein. Die damals epidemisch herrschende Leberkrankheit beruhte in ihrem Wesen auf einer verminderten Gallensekretion, denn der Gallenfarbstoff war in grosser Menge in dem Urine enthalten und die hellere Färbung der sparsam entleerten Faeces zeigte deutlich, dass die Galle in geringerer Menge in den Darmkanal ergossen wurde. Dabei war bei allen Kranken eine ausserordentliche Mattigkeit und Abgeschlagenheit vorhanden, selbst in den Fällen, wo die veränderte Farbe der Exkremente das einzige objektiv wahrnehmbare Krankheitssymptom war. Bei den fieberhaft Erkrankten war der Schlaf sehr unruhig und öfters von Delirien begleitet. Es war demnach die Rückwirkung des Leberleidens auf das gesammte Nervensystem eine unverkennbare und bedeutungsvolle.

Dass auch bei Ikterus die Symptome der Depression des Nervensystemes nicht fehlen, ist bekannt (Canstatt Band 2. pag. 1012). An diesen wenigen Andeutungen über die Wichtigkeit der Beziehungen der Leber zu den Reflexerscheinungen des

Nervensystemes muss ich es genügen lassen. Weitere Beobachtungen für eine ausführlichere Darstellung gehen mir ab und würden mir bei einer beschränkten Praxis schwerlich in kurzer Zeit zu Gebote stehen. Eine Thatsache bleibt festgestellt: dass der Stimmritzenkrampf von einer Störung der Leberfunktion abhängig sein kann und dass derselbe in diesem Falle durch das geeignete Lebermittel in der kürzesten Zeit geheilt wird. Reihen wir an diese thatsächliche Beobachtung die mancherlei Gründe, welche für das häufigere Vorkommen einer kausalen Beziehung zwischen den Funktionsstörungen der Leber und der Nierenkrankheiten des Kindes sprechen, so wird der Ausspruch hinreichend motivirt erscheinen, dass nicht nur bei allen Störungen der Verdauung, sondern auch ganz besonders bei allen Enkephalopathieen und Krampfkrankheiten der Kinder dem Verhalten der Leber und den etwaigen Funktionsstörungen derselben eine vorzügliche Aufmerksamkeit zu Theil werden sollte. Weitere Untersuchungen und Beobachtungen dürften dann die Therapie mancher der gefährlichsten Kinderkrankheiten um einen bedeutenden Schritt vorwärts bringen.

Zum Schlusse noch eine Bemerkung in Bezug auf Therapie. Wenn man nach der Färbung der Exkremente eine Leberkrankheit zu diagnostiziren veranlasst ist, so möge man über die Richtigkeit dieser Diagnose nicht die Heilwirkung oder Nichtwirkung des Kalomel entscheiden lassen. Das Kalomel ist in der Hand der meisten praktischen Aerzte die gewöhnliche Waffe in Kinderkrankheiten und steht dabei in dem Rufe, besondere Beziehungen zur Leber zu besitzen, weil nach dem Gebrauche desselben die Stuhlentleerungen häufig eine grüne Farbe bekommen. Es möchte also gar Mancher bei der Diagnose einer verminderten Gallensekretion in dem Kalomel das geeignetste Mittel zu erblicken geneigt sein und umgekehrt den ungünstigen Erfolg bei Anwendung desselben einem Irrthume in der Diagnose zur Last legen. Hiergegen habe ich das Folgende zu bemerken. Ich habe bei dem Kinde, dessen Krankheitsgeschichte ich oben erzählt habe, einige Tage lang wegen Stuhlverstopfung Kalomel gegeben, ohne dass dasselbe etwas Anderes als Abweichen bewirkt hätte. Ich habe damals öfters bei Erwachsenen, welche von der herrschenden Leberkrankheit ergriffen waren, Abführmittel gegeben und darnach auch eine vermehrte Gallensekretion beobachtet, ohne dass dies auf die Krankheit selbst im mindesten von gün-

stigem Einflusse gewesen wäre. Wahrscheinlich ist es mir, dass bei diesen Leberkrankungen die Gallenabsonderung nicht nur quantitativ vermindert, sondern auch qualitativ verändert gewesen ist. In solchen Fällen werden Mittel, welche blos die Gallengänge und die Gallenblase zu vermehrtem Ergusse reizen, die Krankheit nicht heben können und bei anhaltendem Gebrauche weit eher schaden als nützen. Solche qualitative Veränderungen in der Mischung der Galle mit den Sinnen oder chemischen und physikalischen Hilfsmitteln zu diagnostiziren ist bis jetzt nicht möglich. Wir sind in der Kenntniss der Leberkrankheiten noch so weit zurück, dass wir kaum über die quantitativen Veränderungen der Gallensekretion uns ein Urtheil erlauben können; die qualitativen Sekretionsanomalien sind noch in völliges Dunkel gehüllt. Rationelle Indikationen für die Wahl des einen oder anderen Lebermittels lassen sich also nicht aufstellen und nur der Erfolg wird entscheiden können, ob die Wahl eine richtige war. Ich kann mich desshalb auch ganz und gar nicht für befugt halten, über die Wirkung des Chelidoniums auf die Leber und die Indikationen für die Anwendungen desselben etwas Anderes zu sagen, als dass es in allen erwähnten Fällen, wo die Sekretion der Galle sinnlich wahrnehmbar vermindert und höchst wahrscheinlich qualitativ verändert war, diese Absonderung in der kürzesten Zeit auf den Normalzustand zurückführte.

Beiträge zur Lehre von den Gehirnkrankheiten der Kinder, von W. Hughes Willshire M. D., Arzt an der k. Kinderpflegeanstalt in London *).

1) Einfache Ventrikular-Meningitis. Einfache akute Meningitis ist in keiner ihrer Formen eine häufige Krankheit bei Kindern. In der Kindheit hat die Entzündung der Meningen gewöhnlich einen granulirenden oder tuberkulösen Charakter oder steht jedenfalls unter dem Einflusse der skrophulösen Diathesis. Wenn aber auch einfache akute Meningitis der Peripherie allein oder in Verbindung mit Meningitis der Basis oder der Höhlen des Gehirnes nicht gewöhnlich ist, so ist diejenige, welche sich

*) Aus the Lancet Okt. 1853.

auf die auskleidende Haut der letzteren beschränkt, überaus selten. So selten ist sie, dass Rilliet und Barthez nicht im Stande gewesen sind, einen einzigen wohlkonstatirten Fall der Art aufzufinden. Nur Ersterer hat einen Fall erlebt, welcher in Ventrikularerguss, Verlust der Intelligenz, Blödsinn und Tod endigte. Der tödtliche Ausgang trat nicht früher ein, als zu Ende des 4. Monates, indem die Krankheit einen etwas chronischen Charakter angenommen hatte. Der Fall bietet um so grösseres Interesse dar, als er die Ansicht Derer zu bestätigen scheint, welche den chronischen inneren Wasserkopf von einer Entzündung der die Hirnhöhlen auskleidenden Membran ableiten. Der folgende uns zur Beobachtung gekommene Fall unterscheidet sich in einigen wichtigen Punkten von dem des Hrn. Rilliet und scheint die Bezeichnung akute Ventrikular-Meningitis in vollerem Maasse zu erheischen.

C. W., ein fünf Jahr alter Knabe, wurde im Monate Januar in die Pflege-Anstalt gebracht. Seine Eltern lebten in der Nähe des Institutes. Das Kind soll schon seit länger als eine Woche gekränkelt haben und vom Charing-Cross Hospital aus poliklinisch behandelt worden sein. In der That zeigte die von letzterem ausgegangene Behandlung, dass dem Kinde Antimonialien und Salina gegeben worden sind. Der Kleine war sehr mager, blass und schwach, lag im Schoosse seiner Mutter und war kaum fähig zu sprechen, klagte jedoch etwas über seinen Kopf. Er hatte Durst, keinen Appetit, eine belegte und etwas trockene Zunge, aber nicht Verstopfung. Ein Ueberblick aller dieser Symptome und die Erinnerung an eine gerade in der Gegend herrschende Epidemie brachte mich auf den Gedanken, dass das Kind an einem schleichenden remittirenden Fieber von adynamischem Charakter litte. Indessen war ich meiner Diagnose nicht ganz sicher, da der Fall ein gewisses, schwer zu beschreibendes Gepräge darbot, wodurch er sich von den anderen damals von mir behandelten Fällen wesentlich unterschied. Die zu dieser Zeit herrschende Epidemie erforderte durchaus Chinarinde und Ammonium und diese Mittel wurden auch hier gegeben. Unter der Anwendung dieser Mittel schien auch wirklich eine Besserung sich einzustellen, die während einer ganzen Woche hervortrat. Ich überwachte diesen Fall mit grossem Interesse, da ich auf meine Diagnose misstrauisch war, aber zu Ende der Woche bemerkte ich in meinem Notizbuche, dass der Ausgang günstig

sein werde und dass meine Diagnose richtig war. Am folgenden Tage jedoch trat eine Aenderung ein, der Knabe wurde schlechter und klagte bitterlich über seinen Kopf, Verstopfung war nicht vorhanden, eher noch das Gegentheil, aber es stellte sich etwas Erbrechen ein. Ammonium und Chinarinde wurden bei Seite gesetzt, Blutegel an die Schläfe und Blasenpflaster hinter die Ohren gesetzt und Antimonialien, Salina u. s. w. gegeben. Keine Erleichterung folgte auf diese Behandlung; das Kind wurde schlechter, weniger sich bewusst, die Pupillen erweitert, der Kopf nach hinten gezogen und die Gliedmassen wurden etwas steif. Mit geringem Wechsel dauerten diese Symptome vier Tage hintereinander; nun wurden die Gliedmassen etwas schlaffer und zeigten dann und wann ein leises Zucken oder eine zitternde Bewegung. Die Remission, welche man „Aufflackern vor dem Tode (Lightning before death)" nennt, trat ein; darauf folgte, wie erwartet wurde, eine Verschlechterung aller Symptome; die Glieder wurden steif, der Kopf nach hinten gezogen, die Hände ballten sich krampfhaft und der Tod trat ein am Ende der zweiten Woche nach Aufnahme in das Institut.

Dieser Fall ist uns sehr dunkel gewesen; wirkliche Konvulsionen sind nicht vorhanden gewesen, kein Aufkreischen, keine „Cerebralrespiration", obwohl das Athmen frequent war, keine Verstopfung und nur etwas Erbrechen. Die beständige Rückenlage, die eigenthümlichen opisthotonischen Symptome und die vorangegangenen Fiebererscheinungen waren allerdings sehr auffallende Erscheinungen. Es war sichtlich ein Gehirnleiden, damit war aber wenig gesagt; es war höchst wahrscheinlich Erguss vorhanden. Das war schon etwas bestimmter. Aber wo sass der Erguss? Es konnten die Basis, die Hemisphären oder die Hirnhöhlen sein, welche besonders ergriffen waren, oder es waren vielleicht nur die Meningen allein erkrankt, oder es existirte etwa nur ein Tuberkel im grossen oder im kleinen Gehirne oder im Rückenmarke. Ferner konnte die Entzündung eine einfache oder granulirende und das Fieber nur ein symptomatisches oder ein blos reaktives, oder es konnte primär gewesen sein und das Gehirnleiden sich sekundär hinzugesellt haben. Ueber alle diese Muthmassungen gab erst der Leichenbefund Auskunft.

Der Schädel war verknöchert, die Gehirnwindungen eng an einander gedrängt, die Gehirnhäute in hohem Kongestivzustande. Kein milchiger Erguss längs des Verlaufes der Gefässe, keine

Ausschwitzung irgend einer Art zwischen der Arachnoidea oder auf den Hemisphären. Keine Granulationen längs den Rändern der letzteren. Die Gehirnsubstanz zeigte beim Durchschnitte zahllose rothe Punkte und Streifen, aber keine ausgebreitete Röthe. Die Hirnhöhlen sehr erweitert, längs der ganzen Hemisphäre sich erstreckend und angefüllt mit Serum. In jedem hinteren Horne schwamm eine dicke, trübe, flockige, grünlich eiterige Flüssigkeit. Die auskleidende Haut der Hirnhöhlen war verdickt und stellenweise sehr gefässreich und an anderen Stellen rauh und wie zerstört. Nirgends fand sich in der Gehirnsubstanz eine Erweichung. Eine geringe Menge grüner eiteriger Materie fand sich an der Basis des Gehirnes. Das kleine Gehirn war etwas weicher als gewöhnlich. Weder innerhalb des Schädels, noch innerhalb des Thorax fand sich irgend eine Tuberkelablagerung.

Das Fehlen aller der gewöhnlichen Charaktere der einfachen oder genuinen akuten Meningitis sowohl als der der Tuberkular-Meningitis, die verhältnissmässig sehr geringe Spur einer Affektion der Gehirnbasis und dagegen die sehr positiven Zeichen einer Erkrankung der Hirnhöhlenmembran in Verbindung mit den eigenthümlichen Krankheitssymptomen berechtigen mich, wie ich glaube, den vorstehenden Fall als ein Beispiel der einfachen akuten Ventrikular-Meningitis anzusehen.

3) Wasserschlag, — idiopathischer akuter Hydrocephalus, — einfache akute Meningitis der Hirnhöhlen und der Gehirnbasis. Gewisse Fälle, in denen der Tod sehr schnell nach dem Erscheinen der Gehirnsymptome eintrat und wo bei der Leichenuntersuchung sich eine ungemeine Menge Flüssigkeit in den Hirnhöhlen fand, sind von gewichtigen Autoren als Wasserschlag bezeichnet worden. Dass ein so schneller Verlauf diese Bezeichnung einigermaassen verdient, können wir bezeugen und der Fall, auf den wir dieses Zeugniss stützen, bewegt uns zum Theil auch zu der Annahme, dass es wirklich eine Affektion gibt, die die Benennung idiopathischer akuter Hydrocephalus verdient. Dass Gölis und Andere den Ausdruck „Wasserschlag" für plötzliche Ergiessung ins Gehirn und raschen Tod als eine Folge verschiedener pathologischer Zustände gebraucht haben, scheint der Fall zu sein. Bisweilen ist die Hirnhöhlenwassersucht mit Meningitis der Peripherie oder der Basis und den Ventrikeln des Gehirnes verbunden gewesen; in anderen Fällen ist sie im Verlaufe des Scharlachs oder des

Eiweissharnens sekundär aufgetreten; während sie in wenigen Fällen selbst von sehr sorgfältigen Beobachtern für primär oder idiopathisch erkannt worden, so dass ihm die Bezeichnung idiopathischer akuter Hydrocephalus wirklich nicht abgestritten werden kann. Es ist dieser ein Gegenstand von vielem Interesse, der in den französischen Werken über Pädiatrik vielfach erörtert ist.

M. E., ein 11 Monate altes Mädchen, wurde eines Morgens im Monate März in die Anstalt gebracht. Die Kleine befand sich in einem Krampfzustande; die Krämpfe waren heftig, jedoch still und lang dauernd. Das Antlitz zeigte deutliche Kongestion, das Zahnfleisch war geschwollen und der Unterleib verstopft. Verstopfung und etwas Erbrechen bestanden übrigens seit 1 oder 2 Tagen, aber es hatte sich kein Symptom gezeigt, welches die Gesundheit des Kindes oder gar dessen Gehirn in Verdacht setzten. Nach Angabe der Mutter war das Kind ganz plötzlich in seinem Wohlbefinden durch die Krämpfe gestört worden, von denen wir Zeuge waren. Aus ihrem Berichte schien jedoch hervorzugehen, dass vorher eine syphilitische Eruption stattgefunden hatte. Das Zahnfleisch wurde skarifizirt, Blutegel wurden an die Schläfe gesetzt und Blasenpflaster auf die Mastoidfortsätze gelegt. Verordnet wurden ferner kalte Bähungen auf die Stirne und innerlich das Pulvis Aloës compositus. Die Konvulsionen dauerten fort, Sopor stellte sich ein und der Tod erfolgte an demselben Abende. Bei der Leichenuntersuchung fanden sich die Meningen blass und ohne auffallende Gefässentwicklung, die Gehirnsubstanz war ebenfalls blass und weich. An einem begränzten Punkte der Kante des vorderen Theiles einer der Hemisphären fand sich eine geringe Verdickung und eine gelblich weisse Färbung der Membranen. Die Hirnhöhlen waren sehr verlängert und enthielten 5 bis 6 Unzen farblosen Serums. An der Gehirnbasis fand sich etwas weisse halb geronnene Ausschwitzung, aber nirgends eine Spur von Granulation (Miliartuberkeln). Es kann nicht geleugnet werden, dass in diesem Falle weder die Veränderungen der einfachen akuten Meningitis noch die der Tuberkular-Meningitis vorhanden waren. Auch hatten sich nicht die Symptome einer dieser Krankheiten bemerklich gemacht. Man kann allerdings die Frage aufwerfen, welcher Beweis vorhanden ist, dass überhaupt ein inflammatorisches Element hier eine Rolle gespielt habe. Die Hirnhäute und das Gehirn waren blass und

zeigten keine auffallende Gefässentwickelung. Der einzige Beweis ist der geringe, halb geronnene Erguss an der Basis des Gehirnes und die Veränderung der Membranen an dem schon erwähnten Punkte. Diese Veränderung schien uns jedoch nicht frisch zu sein, während jene Ausschwitzung so unbedeutend war, dass sie in einem anderen Falle bei mehr positivem Befunde von gar keiner Wichtigkeit gewesen wäre. In diesem Falle war es also ein gesund erscheinendes Kind, das eigentlich nichts Besonderes an sich hatte. Um 9 Uhr Morgens verfällt es ganz plötzlich in Konvulsionen, welche andauern; dann kommt Koma hinzu und vor 9 Uhr Abends ist das Kind todt. Blasse Farbe der Meningen und des Gehirnes, geringe Erweichung des letzteren und Vergrösserung der Hirnhöhlen mit Erguss in denselben sind die einzigen positiven Veränderungen, die sich darbieten. Wäre hier irgend eine Krankheit vorangegangen, eine Erschöpfung durch Diarrhoe oder durch kräftige Entziehung bei Pneumonie u. s. w., so würde die Pathogenie etwas klarer sein, als sie wirklich ist, unerachtet der geringen Ergiessung an der Gehirnbasis und der Weichheit der Centralportion des Gehirnes, ein Punkt, auf den Guersant und Blacke grosses Gewicht gelegt haben; wir aber finden uns nicht bewogen, die Existenz des primären akuten Hydrocephalus so entschieden abzuleugnen.

3) Hypertrophie und Induration des Gehirnes. Ueber diese Veränderungen, sowohl über die allgemeinen als über die begränzten, gibt uns die Wissenschaft sehr hübsche Auskunft. Einige haben Hypertrophie von Induration geschieden; Andere haben sie verbunden und behauptet, dass der einzige Unterschied zwischen ihnen in der Volumzunahme bei der Induration kaum merklich ist. In dem von Weber in Kiel beschriebenen Falle war die Verhärtung so bedeutend, dass die Bezeichnung Sklerosis gepasst hätte.

Ein kleines Mädchen, 1 Jahr 5 Monate alt, wurde im Monate Januar in die Anstalt gebracht. Es war ein blondes, ungesund und skrophulös aussehendes kleines Ding, das einen sonderbar geformten Kopf hatte, welchen die Deutschen wurstförmig nennen würden. Die Fontanellen waren geschlossen; es war Strabismus und etwas Entzündung der Tarsalränder vorhanden. Die Kleine konnte den Kopf nicht hoch halten; es zeigte sich etwas opisthotonische Steifigkeit der Rückenmuskeln und der Obertheil des Körpers war nach hinten gezogen. Es wurde berichtet,

dass das Kind einmal gefallen sei und sich gegen eine Kante den Kopf gestossen hätte. In obiger Weise dauerte der Zustand vom 17. Januar bis zum 27. des nächsten Monates. Nun wurde das Kind von den Pocken befallen, die damals epidemisch herrschten. Schnell traten Konvulsionen ein, dazu Stupor und das Athmen wurde etwas röchelnd. Bald folgte der Tod. Die Leichenuntersuchung ergab Folgendes: Schädel ganz verknöchert, Dura mater festansitzend am Schädelgewölbe; die Gehirnwindungen eng und fest aneinandergepresst, zum Theile die Furchen obliterirend. Die Meningealgefässe strotzend voll und hier und da etwas milchiger Erguss längs ihrem Verlaufe. Gehirn fest bei der Berührung. Bei Entfernung aus dem Schädel fühlt es sich hart und sehr schwer an. Beim Durchschnitte erscheint es ganz verhärtet oder gleichsam hypertrophisch und zusammengepresst, besonders in der weissen Substanz. Am festesten in der Textur erscheinen die Thalami optici, wogegen das kleine Gehirn nicht härter als gewöhnlich ist. In den Hirnhöhlen etwas Erguss; eine geringe Ausschwitzung an der Basis. Die vorherrschendste Erscheinung ist die grosse Festigkeit und Induration der weissen Gehirnsubstanz.

4) Abszess des Gehirnes, als Krankheit des Ohres. Eine Erkrankung des Gehirnes oder Rückenmarkes in Folge eines primären Leidens in den benachbarten Knochen ist kein seltenes Ereigniss. Diese Verknüpfung der skrophulösen Erkrankung des inneren Ohres und der Zerstörung des Gehirnes ergibt sich deutlich aus folgendem Falle.

J. E., ein 11jähriger Knabe, aus Southwark, kam im Juli 1852 in meine Behandlung. Seine Mutter gab an, dass er drei Wochen vorher auf's Land ging, aber krank zurückkam. Damals hatte er „einige Anfälle" und klagte bald über den Kopf. Ein eiteriger Ausfluss aus beiden Ohren, der bis dahin stets vorhanden gewesen, stand plötzlich still und der Schmerz im Kopfe wurde so heftig, dass der Knabe vor Pein aufkreischte. Er bekam nun wieder einen Anfall und ich wurde ersucht, ihn anzusehen. Bei weiterer Nachfrage schien sich zu ergeben, dass der Knabe, als er zwei Jahr alt war, ein „Gehirnfieber" hatte, dann eine Entzündung der Ohren bekam und einen Ausfluss aus denselben, der ihn ab und zu sehr belästigte. Er war von einer sehr skrophulösen Familie. Wir fanden ihn vollständig bei Bewusstsein; mit der rechten Hand stützte er den Kopf und klagte über Schmerzen

dieselbe. Die Zunge belegt, Unterleib nicht verhalten, etwas Fieber. Es wurden Blutegel an die Schläfe gesetzt, Blasenpflaster hinter die Ohren und dann Kataplasmen auf dieselben. Purganzen und volle Dosen Nitrum wurden gegeben. In den nächsten 4 oder 5 Tagen schien eine grosse Besserung einzutreten, so dass ich fast glaubte, die Gehirnerscheinungen ständen in keinem Zusammenhange mit der Krankheit der Gehörorgane. Plötzlich aber wurde der Knabe schlechter. Ich fand ihn stöhnend und klagend über Kopfschmerz. Auf weiteres Befragen erhielt ich die Antwort, dass der Knabe geschielt und „wunderliche Münder und Gesichter" gezogen habe. Er schrie beständig nach Jemand, der ihm den Kopf fest zusammenpresse; deshalb sassen seine Mutter und Verwandte stundenlang an seinem Bette, um mit ihren Händen seinen Kopf zu drücken. In diesem Zustande blieb er zwei Tage, zwar bei Bewusstsein, aber etwas betäubt und von dem heftigen Kopfschmerz offenbar sehr mitgenommen. Konvulsionen traten hinzu und der Tod folgte 10 Tage nach dem ersten Hervortreten der Gehirnzufälle. Bei der Untersuchung der Leiche fand sich ein grosser Abszess in der linken Gehirnhemisphäre, der mit der Hirnhöhle kommunizirte und in sie einen grünlichen stinkenden Eiter ergossen hatte. Nach aussen hin näherte sich die Wandung des Abszesses an einem Punkte genau dem mit dem linken Ohre verbundenen Schädelknochen. Das zum linken Gehörorgane gehörige Knochengerüste war erkrankt, aber nicht in dem Grade, dass zwischen dem Inneren des Ohres und dem Inneren des Schädels eine Kommunikation sich gebildet hatte. Solche Kommunikation würde jedoch bald eingetreten sein, da der Knochen an dem Punkte kariös war, wo der Abszess, als wir das Gehirn aus dem Schädel herausnahmen, borstete und einen Theil seines entsetzlich stinkenden Inhaltes von sich gab. Die übrige Masse des Gehirnes war anämisch; aber die Meningealgefässe waren sehr angefüllt. Leider ist der Charakter der Abszesswände nicht genau notirt worden, aber ich erinnere mich, dass sie sehr dünn und balgähnlich waren. In diesem Falle ist allerdings die Frage aufzuwerfen, seit wann die Bildung des Abszesses begonnen haben mochte und warum der Knabe vorzugsweise über Schmerz an der rechten Seite klagte, während der Abszess doch an der linken Seite existirte?

5) *Zentrale weisse Erweichung.* Selbst Infiltration und weisse Erweichung des Gehirnes sind Veränderungen, die

häufig genug in Verbindung mit skrofulöser oder granulirender Meningitis und Ventrikularergiessung und mit Pyämie als Folge von Umbilikalphlebitis (Bednár) und mit gewissen kachektischen Zuständen bei Kindern angetroffen werden. Als ein primäres oder idiopathisches Leiden, jedoch mit besonderen Symptomen und eigenem Verlaufe, ist die weisse Erweichung der Gehirnmasse äusserst selten; — so selten, dass Mauthner behauptet, sie komme niemals als morbus sui generis vor, obwohl, wie uns bedünkt, die Annalen der Wissenschaft zwei ganz authentische Fälle der Art nachweisen (s. die von Duparcque und Deslandes, und Rilliet's und Mauthner's Bemerkungen darüber). Wenn wir aber auch gewöhnlich im Stande sind, die vorangegangenen Umstände und Komplikationen des ramollissement blanc festzustellen, so genügt Das doch nicht, die Pathogenie dieser Veränderung uns klar zu machen. Nehmen wir z. B. die Verknüpfung der weissen Erweichung mit skrofulöser Meningitis und Ventrikularergiessung; schon darüber sind die Ansichten verschieden. Einerseits wird behauptet, dass nach Guillot's Versuchen das Gehirn im Stande ist, eine seinem Gewichte gleiche Menge Wasser blos durch physikalische Imbibition aufzunehmen (J. R. Bennett); dass die Infiltration und Erweichung entweder ganz oder theilweise kadaverisch sei und zwar eine Folge der nach dem Tode eingetretenen Imbibition des Ventrikularergusses, oder der Mazeration, wie Bouchut sich ausdrückt, oder indem nach Rilliet und Barthez in dem Masse, wie der Erguss zunimmt und die Hirnhöhlen ausdehnt, die Wände der letzteren stellenweise verletzt und durchbrochen werden, die Flüssigkeit durch die Ventrikularmembran hindurchdringt, sich in die Gehirnmasse infiltrirt und dieser eine breiige Beschaffenheit gibt. Andererseits wird darauf hingewiesen, dass Rokitansky, der die hygroskopische Eigenschaft des Gehirnes einer neuen Prüfung unterworfen hat, durchaus keine Veränderung in den Stücken Gehirn, welche stundenlang in Serum gelegen hatten, gefunden habe (West) und es wird behauptet, dass die zentrale Erweichung entzündlichen Ursprunges ist (Abercrombie und Andere), oder dass sie als eine spezifische Abweichung der Ernährung angesehen werden muss, welche aus sehr verschiedenen Ursachen entspringen könne (Andral). Ich muss bei dieser Gelegenheit bemerken, dass vor Kurzem Dr. J. Hughes Bennett in einer Abhandlung über die Gehirnerweichung im Allgemeinen sich dahin ausgesprochen,

dass die Erweichung, die nicht entzündlichen Ursprunges ist, von mechanischen oder kadaverischen Ursachen abhängig sei und daher im eigentlichen Sinne des Wortes nicht als pathologisch angesehen werden könne. Ich gestehe, dass ich nicht im Stande gewesen bin, über diesen Punkt zu einem befriedigenden Schlusse zu kommen und dass die Annahme des blos mechanischen oder physikalischen Ursprunges der hier in Rede stehenden Veränderung noch die Beantwortung folgender Fragen erheischt: Wie kommt es, dass, wenn die Gehirnerweichung immer durch Imbibition oder Infiltration der Gehirnsubstanz mit dem Ventrikularserum entsteht, kaum die Hälfte der Fälle, wo solcher Erguss existirt, Spuren jener Erweichung darbietet? Dass in einigen Fällen sehr beträchtliche Erweichung vorhanden ist und doch die Hirnhöhlen so mit Flüssigkeit angefüllt sind, dass schwer zu begreifen ist, wie schon eine hinlängliche Quantität habe austreten können, um Gehirnerweichung zu bewirken, wenn man nicht annehmen will, dass vor dem tödtlichen Ausgange wechselsweise Absorption und Ergiessung in gleichem Grade stattgefunden habe? Dass ferner in anderen Fällen bedeutende Erweichung und nicht mehr als $^1/_2$ Unze Flüssigkeit in den Hirnhöhlen angetroffen worden ist? Es kann ferner die Frage aufgestellt werden: ob nicht die hier in Rede stehende Veränderung, damit sie wirklich eintreten könne, der Einwirkung beider ebengenannten Aktionen bedürfe und dass daher nicht gesagt werden könne, es sei die Erweichung entweder das Produkt der Entzündung, oder der abnormen Ernährung oder der Ventrikularergiessung allein? Es ist wahrscheinlich, dass Entzündung in gewissem Grade vorhanden sein müsse, um in gewissem Grade die Kohäsion zwischen den Partikeln der Nervensubstanz und somit die Kraft des Widerstandes gegen physikalische und mechanische Einwirkungen zu mindern; die Ventrikularergiessung scheint aber auch vorhanden sein zu müssen, damit eine für die Erzeugung der breiigen Konsistenz genügende Infiltration entstehen könne. Dieser Ansicht zufolge kann diese Wasseransammlung in den Hirnhöhlen allein nicht die Erweichung herbeibringen und ebenso kann keine Abweichung der Nutrition oder kein Entzündungsprozess an sich zur zentralen Erweichung der skrofulösen Meningitis führen. Vielleicht ist nach dieser Ansicht auch das wechselnde Verhältniss zwischen den zwei Konstanten — der Ergiessung und Erweichung besser erklärlich. Bis jetzt ist es noch nicht möglich, die eigent-

thümlichen Symptome der skrofulösen Meningitis mit bestimmten anatomischen Veränderungen in Verbindung zu bringen. So können wir aus Motilitätsstörungen nicht auf zentrale Erweichung oder auffallende Kongestion der Meningealgefässe und reichlichen Erguss längs ihres Verlaufes mit Bestimmtheit schliessen; ebensowenig aus etwa vorhandener Schlummersucht und Koma auf grosse Ventrikularergiessung. Dennoch hat es uns geschienen, dass diejenigen Fälle, die einen langsamen Verlauf durchmachen (wobei freilich nicht zu sagen ist, dass die Gehirnaffektion schon vom Anfang des Krankseins an vorhanden gewesen) und in denen ein tiefes, allmählig durch Schlummersucht herbeigeführtes Koma sich bemerklich macht, wohl mit einigem Rechte als solche angesehen werden können, in denen sich nach dem Tode bedeutende und anwachsende Ventrikularergiessung findet.

Ein 4 Jahre 3 Monate alter Knabe wurde in die Anstalt gebracht, mit der Angabe, dass er schon seit 4 Monaten krank sei. Er war in dieser Zeit immer schwächer und schwächer geworden, bis er endlich, wie wir sahen, in einem Zustande vollkommener Erschöpfung und sehr grossem Marasmus dalag. Der Marasmus war so sehr gross, dass man chronische Entero-Kolitis oder Lungentuberkulose annehmen konnte. Der Darmkanal war verhalten; es ist häufiges Erbrechen vorhanden gewesen, aber jetzt lag der Knabe ruhig da und brachte häufig die Hand an den Kopf, wie um ihn zu reiben, und er scheuerte auch wirklich mit dem letzteren gegen das Polster, auf dem er lag, so dass die ganze Seite des Kopfes durch das beständige Reiben von allem Haare entblösst war. In diesem Zustande verblieb der Knabe einige Tage, nachdem ich ihn gesehen hatte und wurde nun blind bei erweiterten Pupillen. Konvulsionen waren während der ganzen Dauer der Krankheit nicht eingetreten. Bei der Untersuchung des Kopfes 24 Stunden nach dem Tode fanden sich die Meningen nur etwas blutangefüllt und die Meningealgefässe nur mit einer kleinen Menge milchigen Ergusses begleitet. Hier und da längs der Kanten der Hemisphären fanden sich einige wenige Granulationen; an der Basis zeigte sich keine Spur von Erguss oder Ausschwitzung, das Gehirn war gross, überall weich, die Zentralpartie ganz breiig. Die Hirnhöhlen waren erweitert und enthielten eine beträchtliche Menge Flüssigkeit.

In einem anderen in demselben Monate vorgekommenen Falle bei einem drei Jahre alten Knaben war das Gehirn fisch- und

auch sehr weich, aber in den Hirnhöhlen, die erweitert waren, fand sich kein grosses Quantum Flüssigkeit.

Ferner fand sich bei einem $10\frac{1}{2}$ Jahre alten Mädchen, das kurz vorher in der Anstalt gewesen war, an 6 bis 7 Unzen Flüssigkeit in den Hirnhöhlen; aber in der ganzen Gehirnmasse zeigte sich keine Erweichung. Ein auffallendes Symptom in dem zuerst erzählten Falle war der hohe Grad von Marasmus, der die Abmagerung übertraf, die ich jemals bei Kindern erblickt habe, obwohl ich Marasmus bei Kindern der Armen in Folge mannigfacher chronischer Krankheit zu sehen gewohnt bin. Damals dachte ich, dass mir nie eine grössere Magerkeit vor Augen kommen würde, aber der folgende Fall, der mir ein wirkliches „lebendes Skelet" darbot, belehrte mich eines Anderen.

Ein 1 Jahr 7 Monate alter Knabe war seit 3 Monaten unter ärztlicher Behandlung gewesen. Als ich ihn sah, lag er im Stupor auf dem Rücken mit etwas hintenüber gezogenem Kopfe und mit nach dem Bauche gezogenen Knieen. Man berichtete mir, dass, wenn die Mutter ihm die Brustwarze in den Mund steckte, er daran saugte, aber dass er selbst keinerlei Anstrengung machte, dazu zu gelangen. Er lag anscheinend in tiefem Schlafe, konnte aber leicht auf kurze Zeit geweckt werden, stöhnte dann aber und schien sehr zu leiden. Er erbrach fast Alles, mit Ausnahme der Muttermilch und sonderbarerweise auch des Rizinusöles. Das auffallendste Symptom war die ausserordentliche Magerkeit. Der Bauch war buchstäblich nichts als ein kleiner gerunzelter, brauner, platter oder zusammengefallener Sack und der übrige Körper ein mit pergamentartiger, flaumhaariger Haut bedecktes Gerippe. So lag der Knabe noch eine Woche länger, als Konvulsionen eintraten; er konnte nun selbst an der ihm in den Mund gesteckten Brustwarze nicht mehr saugen. Die Pupillen wurden erweitert und zuletzt trat Blindheit ein; noch eine Woche verlief in Koma und endlich schloss der Tod die Szene. Der hohe Grad von Marasmus setzte mich und die anderen Aerzte in Erstaunen. In der Leiche fand sich sehr geringe Kongestion der Meningen und kein milchiger Erguss längs dem Verlaufe der Meningealgefässe. Einige wenige, sehr kleine zweifelhafte Granulationen fanden sich an einem Punkte der Kante einer Hemisphäre und ein geringes Exsudat zeigte sich an der Basis. Die Hirnhöhlen waren voll mit Flüssigkeit und erweitert; ihre auskleidende Haut auffallend gefässreich und von trübrother Farbe;

das Herz sehr klein, nicht grösser als ein Taubenei, atrophisch gleich allen übrigen Muskeln.

6) *Einfache und skrofulöse Meningitis, Meningitis der Hemisphären und der Basis.* Von nicht geringer Wichtigkeit sind die zahlreichen Untersuchungen der Herren *Rilliet* und *Barthez* über die Symptome und Veränderungen bei der einfachen Meningitis einerseits und bei der sogenannten Tuberkularmeningitis andererseits. Dass ihre Lehren in den Hauptpunkten richtig sind, werden wohl wenige Beobachter leugnen. Einen oder zwei Punkte jedoch gibt es, in denen die unseres Bedünkens die Scheidelinie zu scharf gezogen haben. So haben unserer Ansicht nach diese ausgezeichneten Pathologen mit zu geringer Einschränkung oder Ausnahme behauptet, dass bei der Tuberkularmeningitis die Veränderungen an der Basis des Gehirnes *immer* die der Hemisphären bedeutend überragen und dass ferner eine Meningitis der letzteren durchaus sehr akute Symptome und einen durchaus schnellen Verlauf haben. Dass es in einer grossen Zahl von Fällen wirklich so ist, bezweifeln wir nicht, aber wir glauben, dass Ausnahmen vorkommen, und wir haben die Erfahrung gemacht, dass in manchen Fällen von Tuberkularmeningitis wirklich die pathologischen Veränderungen an der Konvexität des Gehirnes viel bedeutender waren als an der Basis desselben und dass Entzündung dieser Parthie der Meningen keinen schnellen Verlauf nimmt und nicht mit akuten Symptomen begleitet ist, als die Meningitis an der Gehirnbasis gewöhnlich darbietet. So lange das entzündliche Element unter dem Einflusse der Diathese steht, scheint es hinsichtlich der Heftigkeit der Symptome und der Schnelligkeit des Verlaufes gar nicht darauf anzukommen, ob Basis oder die Hemisphären vorzugsweise der Sitz der Krankheit sind; ist aber die Entzündung eine einfache, genuine, dann bietet der Meningitis das Bild dar, das *Rilliet* und *Barthez* beschrieben haben. Indem aber nachgewiesen wird, dass dann und wann ein Fall vorkommt, in welchem aus den Symptomen und dem Verlaufe der Krankheit auf das Dasein einer Affektion der Gehirnbasis geschlossen werden kann und doch nach dem Tode die Affektion an der Konvexität des Gehirnes die vorherrschende ist, so soll damit noch keineswegs ausgedrückt sein, dass der Unterschied zwischen einfacher und skrofulöser Meningitis schwer festzustellen ist. Im Gegentheile sind die Symptome und der Verlauf der letzteren im Allgemeinen eben

so charakteristisch, wie die der letzteren. Ob bei der einfachen Meningitis die Membranen an der Gehirnbasis häufiger affizirt sind, als sich die Krankheit auf die Membranen an der Konvexität des Gehirnes beschränkt, wie die französischen Aerzte behaupten, kann ich nicht sagen; aber die Andeutungen von West und Anderen machen eine weitere Forschung und Ermittelung derjenigen Fälle nothwendig, die Ausnahmen zu bilden scheinen.

C. T., ein 16 Monate alter Knabe, skrofulös und schlecht genährt, ist 5 Wochen lang in ärztlicher Behandlung gewesen und hat der Annahme nach an remittirendem Fieber mit einer sekundären Gehirnaffektion gelitten. Die Behandlung war eine örtliche und allgemeine. Während der ganzen Dauer derselben sind die Symptome nie akut gewesen und die Krankheit bot etwas Schwankendes und Unbestimmtes dar, so dass die Diagnose unsicher und schwierig war. Einige Tage vor dem Tode sah ich den kleinen Kranken; ich fand ihn stöhnend, reizbar, in einen Halbschlummer versunken und sehr abgemagert. Eine Aussicht auf Besserung schien mir nicht vorhanden zu sein. Bald auch verfiel der Knabe in Stupor und starb dahin, gleichsam aufgerieben von einer chronischen dyskrasischen Krankheit. Bei der Untersuchung acht Tage nach dem Tode fanden sich die Hirnhäute anämisch. Längs dem Verlaufe der Gefässe sah man etwas weisslich trübe Ausschwitzung; auf der hinteren Fläche der linken Hemisphäre fand sich eine Stelle von der Grösse eines Penny mit einer halbeiterigen gelblichen Materie belegt. In den Hirnhöhlen kein Erguss, an der Gehirnbasis weder Ausschwitzung noch sonst eine Veränderung.

Dieses Ergebniss des Leichenbefundes ist insoferne unvollständig, als nicht nachgewiesen ist, ob in den Brust- und Bauchorganen Tuberkelablagerungen sich befunden haben, oder nicht und man könnte deshalb behaupten, dass dieses kein Fall von Tuberkularmeningitis gewesen, sondern einfache Meningitis, vielleicht von sekundärem Charakter. Dieses glaube ich jedoch nicht, denn es fehlten die Erscheinungen der einfachen Meningitis und dieser Mangel in Verbindung mit dem anämischen Charakter des Enkephalon, der langen Dauer der Krankheit und dem schleichenden Charakter der Symptome, ganz abgesehen von dem skrofulösen und schlechtgenährten Aussehen des Kindes gaben mir die Ueberzeugung, dass die Meningitis unter der Herrschaft der Skrofulosis gewesen ist. — War dieser Fall nicht wirklich ein

Beispiel von granulirender oder Tuberkularmeningitis; so war es doch ganz gewiss nicht die einfache oder genuine Meningitis (Méningite franche der Franzosen). Dass eine bedeutende Abweichung in den Erscheinungen bei denjenigen Formen von skrofulöser Meningitis sich bemerklich macht, bei denen die krankhaften Veränderungen in der Konvexität des Gehirnes die der Basis desselben überwiegen, räume ich ein, aber in diesen abweichenden Erscheinungen zeigt sich doch keine Aehnlichkeit mit denen der genuinen Meningitis.

F. B., ein skrofulös aussehender Knabe, 10 Monate alt, dessen Eltern nahe der Themse am Surrey-Ufer lebten, wurde Ende Oktober in die Anstalt gebracht. Der Angabe nach kränkelte er den ganzen Sommer hindurch und hatte Durchfall gehabt. Als wir ihn zuerst sahen, schien er ein geringes Katarrhalfieber zu haben und wurde demgemäss behandelt und dann geheilt entlassen. Mitten im November brachte die Mutter das Kind wieder in die Anstalt; man hielt dafür, dass sie mehr aus dem Zustande des Kindes mache, als er wirklich zu bedeuten schien. Das Kind schien nämlich nur etwas zu fiebern; aber nach wenigen Tagen wurde es deutlich, dass ein Gehirnleiden im Anzuge war. Der Knabe wurde bleich, lag schwer und lautlos da und kräuselte die Augenbraunen, aber der Darmkanal war nicht verhalten und es war auch nicht Erbrechen vorhanden; das Kind nahm meistens die Brust begierig. Ein deutlicher Nachlass der Symptome trat jedoch bald ein und es entstand nun hinsichtlich der erwähnten Diagnose ein Zweifel. Plötzlich aber traten Konvulsionen ein, die Pupillen wurden erweitert und der Knabe schien nicht mehr zu sehen. Hierauf trat wieder eine Remission ein. Der Knabe schien besser zu sein, die Pupillen wurden wieder enger, die Fähigkeit zu sehen stellte sich wieder ein und der Knabe suchte wieder begierig nach der Brust. Diese sehr auffallenden Intermissionen erregten grosse Aufmerksamkeit und aus weiterem Befragen der Mutter ergab sich, dass deutliche Stadien von Kälte und Frösteln vorhanden waren und daraus so wie aus dem Umstande, dass die Wohnung der Eltern unterhalb der Höhe des Flusses bei hoher Fluth sich befand und dass vor Kurzem die ganze Gegend und das Haus der Eltern selber von dem Flusse überschwemmt worden war, schloss ich, dass der Knabe an Wechselfieber mit Gehirnkongestionen litte. Demnach wurde das Heilverfahren geändert. Der Knabe schien nun einen

bis drei Tage sich zu bessern, aber bald traten viel markirtere Gehirnsymptome ein; ein mässiger Stupor stellte sich ein, mit ihm Erweiterung der Pupillen und Blindheit, das Kind starb am Ende der zweiten Woche. Bei der Leichenschau fand man den Schädel dünn, die Meningen sehr blass, fast ganz anämisch. Ueber beiden Hemisphären fand sich eine halbgallertartige und durchsichtige, gelbbraune Ausschwitzung, hier und da mit einigen wenigen Granulationen. Kein milchiger Erguss längs dem Verlaufe der strotzenden Blutgefässe, wie er so häufig angetroffen zu werden pflegt. Nur ein geringer Erguss in die Hirnhöhlen hatte statt gefunden; eine sehr geringe Ausschwitzung fand sich an der Basis des Gehirnes; dieses selbst war weich; die anderen Organe wurden nicht untersucht.

7) Gehirntuberkeln. In seiner Abhandlung über Gehirntuberkulose (On Tubercles of the brain in Children) erwähnt Hr. Adams eines besonderen Gesichtsausdruckes als eines sehr schätzbaren diagnostischen Zeichens der Krankheit und nach Gerhard ist dieses Zeichen so charakteristisch, dass die Wärterin im Kinderspitale dadurch allein mit ziemlicher Genauigkeit die Krankheit unterscheiden konnte. Weniger erfahrene Beobachter müssen diese Schwester sehr beneiden. Es sind Fälle genug vorgekommen und diejenigen, die sehr viele solcher Fälle gesehen haben, waren in der Theorie und der Praxis auch nicht unbewandert und doch werden gerade diese Beobachter einräumen, dass es wenig chronische Kinderkrankheiten gibt, in denen die Diagnose weniger sicher wäre. Das Vorkommen von Tuberkeln im Gehirne ohne irgend eine Manifestation in den Symptomen oder mit gleichzeitigem Vorhandensein der verschiedensten Zufälle, die durchaus nichts Charakteristisches haben, sondern höchstens auf eine sekundäre Affektion des Gehirnes und seiner Häute hindeuten, und endlich der Umstand, dass die Intensität der Krankheitserscheinungen durchaus in keinem bestimmten Verhältnisse zu dem Umfange der Ablagerung steht — Alles dieses macht eine sichere Diagnose während des Lebens überaus schwierig. Darf ich nach meiner beschränkten Erfahrung auf eine besondere Erscheinung inmitten der allgemeinen sogenannten Nervenzufälle einiges Gewicht legen, so wäre es das Muskelzittern und die Agitation, welche in 3 Fällen von 5 vorhanden gewesen sind.

M. S. —, ein $10^1/_2$ Jahre altes Mädchen, wurde in die Anstalt gebracht mit der Angabe, dass es seit 8 Tagen krank ge-

wesen. Bei der Aufnahme klagt die Kranke über grossen Schmerz auf dem Gipfel des Kopfes. Hier ist der Schmerz oft intensiv und auch längs dem Halse ist einiger Schmerz vorhanden. Die Kranke seufzt fortwährend; ihre Hände liegen ganz ruhig an ihrer Seite. Dann und wann wird sie von starkem Zittern befallen. Es ist Erbrechen vorhanden gewesen und etwas Durchfall, aber jetzt ist der Darmkanal verhalten. Die Zunge ist belegt, Körper abgemagert, Puls schwach und die Kapillargefässthätigkeit der Haut lebhaft. Sie spricht stöhnend und wird dabei nicht selten von grosser Muskelaufregung unterbrochen; ein Ausdruck von Angst und tiefem Leiden im Antlitze; ein dumpfer, schwerer, fast kaum erträglicher Schmerz im Kopfe. Am nächsten Tage musste die Kranke das Bette hüten; das Muskelzittern nahm zu und wechselte mit Stupor, leichtem Delirium und Aufregung; es folgten Pupillenerweiterung, Blindheit und leichte Konvulsionen; so lag die Kranke 18 Tage in der Anstalt, bis sie starb. Sie zeigte in dieser Zeit dann und wann eine Remission aller Zufälle, mit Ausnahme der Muskelagitation. Bei der Leichenuntersuchung fanden sich eine derbe Konsistenz der Hirnsubstanz und ein Tuberkel von dem Umfange einer grossen Erbse aus welcher kalkiger Masse in jeder Hemisphäre. Die Hirnhöhlen enthielten eine beträchtliche Menge Serum und sowohl an der Basis als an der Konvexität des Gehirnes zeigte sich Ausschwitzung. Sonst war weder Erweichung noch bedeutende Kongestion irgendwo bemerkbar. — Westley und ich, wir untersuchten einen kleinen 4 bis 5 Jahre alten Knaben, dessen Hauptsymptome in einer auf beiden Seiten wechselnden Paralyse, hinzugetretenem lebhaftem Fieber, starkem Muskelzittern und stillem Hinmurren bestanden hatten. Bei diesem Knaben zeigten sich die Hirnhöhlen voll, mit klarem Serum und von eingebalgten Tuberkeln umgeben, von denen einige die Grösse einer Wallnuss hatten. Es sah gerade so aus, als ob um jede Hirnhöhle eine Wand von festen eingebalgten Tuberkeln aufgebauet wäre. Granulation war kaum aufzufinden und die Hirnsubstanz war anämisch.

Nehmen wir die Fälle von Gehirntuberkulose durch, die Mauthner erzählt hat (Krankheit des Gehirnes und Rückenmarkes bei Kindern), so finden wir, dass er in drei Fällen grosses Gewicht auf den vorhandenen Tremor legt. Zu Ende seines dritten Falles jedoch bemerkt er unter Hinweisung auf den zunächst vorangegangenen Fall, dass in diesen beiden Fällen das Zittern

die Folge der organischen Erkrankung des etwa erreicht, welches zum Rückenmarke gehört, gewesen zu sein scheint. Unter Hauner's Fällen von Gehirnaffektion bei Kindern (Journal für Kinderkrankheiten Bd. XVIII, S. 322) ist einer, wo ein harter Tuberkel in der weissen Substanz der linken Hemisphäre sich befunden hat. Hauner gedenkt hier des Tremors der beiden Arme des Kindes. —

II. Kritiken und Analysen.

Die sogenannte schwedische Heilgymnastik in ihrer pädiatrischen Leistung.

1) Die Heilgymnastik oder die Kunst der Leibesübungen, angewendet zur Heilung von Krankheiten nach dem Systeme des Schweden Ling und seiner Schüler Branting, Georgii und de Ron, sowie nach eigenen Ansichten und Erfahrungen. Ein Bericht nach einer auf Kosten des preussischen Staates und im Auftrage des Herrn Ministers der Medizinalangelegenheiten unternommenen Reise nach Stockholm, London, St. Petersburg, von Dr. A. C. Neumann, Vorstande des heilgymnastischen Kursaales, kgl. Kreisphysikus zu Graudenz u. s. w. Mit 32 Figuren, Berlin 1852, 8. 431 Seiten.

2) Die Heilgymnastik mit besonderer Rücksicht auf das schwedische Ling'sche System. Sechster Bericht über das gymnastisch-orthopädische Institut zu Berlin (Oranienburgerstrasse 64), das zwölfte und dreizehnte Jahr seiner Wirksamkeit umfassend, abgestattet von seinen Gründern Dr. H. W. Berend, Ritter, Sanitätsrath u. s. w., nebst einer lithographirten Tafel, Berlin 1853, 4. 28 Seiten.

3) Die schwedische Heilgymnastik. Versuch einer wissenschaftlichen Begründung derselben, von Dr. M. Eulenburg, praktischem Arzte, Direktor des Institutes für schwedische Heilgymnastik und Orthopädie zu Berlin, Berlin 1853, 8. 124 Seiten.

4) Mittheilungen aus dem Gebiete der schwedischen Heilgymnastik, von Dr. M. Eulenburg, prakt. Arzte, Direktor des Institutes für schwedische Heilgymnastik und Orthopädie zu Berlin (Friedrichstrasse Nr. 103 an der Weidendammerbrücke) Berlin, 8. 1854, 48 Seiten.

5) Bericht über das erste Jahr des Bestehens des Instituts für Heil- und pädagogische Gymnastik in Berlin, Ritterstrasse Nr. 60, abgestattet von dem Vorstande desselben, Dr. A. C. Neumann, k. Kreisphysikus, Berlin im Februar 1851, 8. 9 Seiten.

Die reine Maschinenorthopädik von ehemals, die den lebenden menschlichen Körper, der aus seiner Richtung gerathen, als einen grünen Baumpfahl betrachtete, welcher durch Pressen, Drücken und Zerren wieder gerade zu machen sei, hat eigentlich schon seit Jahr und Tag ihre Endschaft erreicht. Die Dehn-, Zug- und Stützapparate, die Streckbetten, die Gurte, Riemen, Springfedern, Schnürleiber, Halseisen, Bügel, Sättel und Krücken sind in die Polterkammer geworfen. Mit einer oder zwei Ausnahmen sind die orthopädischen Anstalten aus den Händen der Sattler, Riemer, Schlosser, Instrumenten- und Handschuhmacher in die wissenschaftlich gebildeter Aerzte übergegangen. Hat die Orthopädie dadurch gewonnen? In gewissem Betrachte allerdings. Mit Stromeyer's subkutanen Muskel- und Sehnenschnitten, mit unserem Dieffenbach und mit Guerin in Paris kam ein neues Element in die Orthopädie hinein, nämlich das chirurgische oder operative. Die Wirkung der Muskeln und Sehnen in ihrem korrespondirenden oder oppositionellen Verhältnisse zu einander und zu den Knochen, ihre Verkürzung oder Verlängerung, ihre Erschlaffung, Lähmung oder Kontraktur gehörten nun nothwendig zum Studium der Orthopädie. Davor erbleichten jene Handwerker, die Jahre lang das orthopädische Gewerbe betrieben hatten; sie gaben die orthopädischen Anstalten auf, die ihnen Geld und Ruhm gebracht hatten und legten sich auf ein anderes Geschäft. Indessen gestalteten sich unter den Männern vom Fach die neugeschaffenen orthopädischen Institute zu chirurgischen und operativen Industrieanstalten. Es ist dieses ein hartes Wort, aber derjenige, der das Treiben in einigen der bestehenden orthopädischen Institute kennen gelernt hat, wird den Ausdruck gerechtfertigt finden. Gypsabgüsse, Abbildungen, Vorlesungen in allen möglichen ärztlichen Gesellschaften, selbstlobende Berichte zu Tausenden in die Welt gesendet, Zeitungsnotizen u. s. w. mussten herhalten, um den Ruf der gymnastisch-orthopädisch-chirurgischen Anstalt zu begründen und zu heben, namentlich um das kostspielige Pensionat möglichst besetzt zu halten.

Die schwedische Heilgymnastik verspricht der Orthopädie eine

ganz neue Gestaltung. In verhältnissmässig kurzer Zeit haben sich für diese Disziplin allein in Berlin drei neue Anstalten gebildet; vor uns liegen verschiedene Schriften über dieselbe, und wir fühlen uns gedrungen, den Lesern dieser Zeitschrift, so weit wir es vermögen, darüber Bericht abzustatten. Wir werden unser Urtheil da, wo wir solches auszusprechen im Stande sind, nicht zurückhalten.

Wir beginnen mit Nr. 1 der Neumann'schen Werke, das von den vor uns liegenden Schriften nicht nur die älteste, sondern auch die umfassendste ist.

Herr Neumann ist Enthusiast; er verliess amtliche Stellung und ärztliche Praxis in der Provinz, und widmete sich gänzlich der angeblich neuen Lehre. Unterstützt von Staatsmitteln reiste er nach Stockholm, um sie an der Quelle zu studiren, ging dann nach London und Petersburg und begründete erst in Graudenz und dann in Berlin einen Kursaal für schwedische Heilgymnastik. Das Werk, das wir hier besprechen, ist die Frucht dieser Reise; es vertritt den Bericht, den Herr N. nach seiner Rückkehr dem Minister abzustatten verpflichtet war.

Das Werk beginnt mit einer Vorrede, in welcher Herr N. mit aller der Sorge, aber auch mit aller der Begeisterung eines Mannes auftritt, der sich für berufen hält, als Reformator zu wirken. Ein Reformator muss sich auf die bitterste Verfolgung gefasst machen, aber auch allen Muth und alle Standhaftigkeit eines Märtyrers in sich fühlen. Bis zu diesem Augenblicke ist Herr N. für seine wissenschaftlichen Ansichten und Aussprüche noch von keinem Menschen angegriffen und verfolgt worden und wird ihn desshalb auch Niemand verfolgen. Aber damals, als er dieses Buch schrieb, besorgte er es doch; er erwartete ein furchtbares Heer von Feinden und, obwohl er den Streit nicht suchte, fühlte er sich doch stark genug, ihm entgegenzutreten. Er schrieb, sagt er in der Vorrede, statt des Berichtes lieber ein vollständiges Werk, weil er nicht hoffen konnte, dass irgend ein Anderer es wagen würde, das Wesen der Heilgymnastik darzulegen.

„Ich sage wagen, weil wirklich Muth dazu gehört, die Wahrheit hierbei zu sagen, welche die reinen Verstandes-Physiologen, die anatomischen Pathologen und die Turner gewöhnlichen Schlages mehr oder weniger verletzen musste, man mochte die Sache drehen, wie man wollte." (Vorrede.)

Was Herr N. unter Verstandes-Physiologen und anatomischen

Pathologen versteht und warum er gerade sie in Verbindung mit den Turnern als seine Hauptgegner sich vorstellte, ergibt sich aus dem Folgenden, das zugleich dienen kann, den Standpunkt klar zu machen, den Hr. N. mit seinem Buche und seinem reformatorischen Wirken einzunehmen gesonnen ist.

„Die Physiologie des Menschen ist bisher hauptsächlich durch anatomische Untersuchungen an vivisezirten Thieren gefördert worden; die praktische Medizin hat durch ihre Erfahrungen sehr wenig dazu beigetragen, höchstens noch als chirurgische Doktrin, seltener oder nie als reine Medizin. Daher ist es gekommen, dass die Physiologen die ärztliche Praxis durchaus als etwas ihre Studien Hemmendes, und wohl grösstentheils mit Recht, betrachteten, wesshalb sie wohl durchweg annahmen, dass die praktischen Aerzte zwar von ihnen etwas lernen könnten, nicht aber umgekehrt sie von jenen.“

„Die schwedische Heilgymnastik dreht nun dieses Verhältniss mit einem Male um. Sie ist in ihrer praktischen Anwendung das grösste Beförderungsmittel der Physiologie selbst, wofür mein Buch, wie ich hoffe, genug Zeugniss ablegt. Sie macht nämlich Experimente über organische Muskelwirkung, Blutumlauf in venösen und arteriellen Kapillaren, Beförderung und Hemmung der Innervationsströmung in motorischen, sensitiven, sensuellen, vasomotorischen, vegetativen Nervenröhren u. s. w., und zwar nicht in Leichen, noch mit Thieren, sondern mit lebenden Menschen. Diese Experimente, woran es der Physiologie bisher gänzlich gefehlt hat, sie lassen sich nur eben auf einem gehörig eingerichteten gymnastischen Kursaale ausführen. — Desshalb ist wohl klar, dass die Physiologen, wenn sie nicht durch diese Experimente überflügelt werden wollen, aus ihren Leichenhäusern in das frische Leben des gymnastischen Kursaales werden herabsteigen und die bisher verachtete praktische Medizin in mancher Hinsicht als Lehrerin anerkennen müssen.“

„Dass so etwas manchen Physiologen schwer ankommen, manche schon wegen dieser Unbequemlichkeit Gegner der Heilgymnastik werden dürften, scheint mir klar zu sein und lässt mir nur erklärlich finden ein Ereigniss, das mir in Stockholm mitgetheilt wurde, dass nämlich einer der grössten, ja vielleicht der grösste Physiolog Deutschlands dort in dem gymnastischen Kursaale des Professor Branting erschienen sei und ungerührt (denn ich kann mir nicht denken ohne Verständniss) des grossen physiologischen Experimentes, das sich vor seinen Augen entfaltet hat, wieder geschieden sei.“

„Dass also unter der Zahl der Physiologen dieses Buch Gegner schon aus dem gegebenen Grunde finden werde, nehme ich als gewiss an.“

„Zweitens im Betreff der anatomisch-pathologischen Aerzte vermuthe ich aus ähnlichen Gründen auf eine wohl noch

grössern Zahl der Gegner zu stossen. Auch sie betrachten die Leiche als die eigentliche und beinahe alleinige Fundgrube pathologischer Forschung; sie glauben, dass anatomische Spezialitäten in der Leiche oder durch das Stethoskop im Leben entdeckt, die wichtigste Bereicherung für die Therapie seien, weil die Krankheit nur als lokaler Prozess erscheine. Sie halten die chemische Untersuchung eines Krankheitsproduktes daher für viel wichtiger, als irgend eine Funktionsstörung, die nur subjektiv vom Kranken wahrgenommen wird."

„Alles dieses kann die Heilgymnastik nicht als richtig zugeben, ohne sich selbst zu vernichten; Alles dieses hat desshalb in meinem Buche bestritten werden müssen, da nicht auf diesen Grundlagen sich eine für die Heilgymnastik brauchbare Pathologie erbauen liess. So bin ich zur Polemik gegen Ueberschätzung der pathologischen Anatomie, der Auskultation und Perkussion u. s. w. gezwungen worden, da ich jede Polemik sonst gern vermieden hätte. — Dass manche pathologische Aerzte nicht die Geduld haben werden, erst Versuche auf dem gymnastischen Kursaale anzustellen, um die pathologischen Wahrheiten der Heilgymnastik zu prüfen, ehe sie sie verwerfen, fürchte ich gar sehr. Darauf war ich auch gefasst, als ich das Buch schrieb; nur sah ich, so viel ich mir die Sache überlegte, keinen Weg vor mir, wie es möglich sei, die pathologische Anatomie mit allen ihren Hypothesen neben der Heilgymnastik bestehen zu lassen; und daher musste ich versuchen, einige Schläge auf die Lebenswurzel des anatomisch-pathologischen Götzendienstes zu thun. Ob ich sie wirklich getroffen habe, wird der Erfolg lehren."

„Die Schaar der Gegner der Heilgymnastik dürfte sich drittens rekrutiren aus der Zahl der Turner. Viele derselben sind stolz gewesen auf den Standpunkt, den die deutsche Turnkunst einnahm; viele haben es bestimmt schon als Ueberflüssiges betrachtet, dass man als Vorbereitung zur Turnkunst Anatomie und besonders anatomische Muskellehre rechnen wolle. Was werdiese nun dazu sagen, wenn sie in meinem Buche, wie ich hoffe, bewiesen finden, dass die anatomische Muskellehre auch noch nicht der wahren Gymnastik etwas bieten könne, sondern erst eine organische, in allen anatomischen und physiologischen Werken kaum in den ersten Rudimenten vorhandene Muskelwirkungslehre? Was dazu sagen, dass also klar ist, dass die so stolze deutsche Turnkunst erst durch die verachtete schwedische Heilgymnastik Prinzipien, die ihr bisher gänzlich gemangelt haben, erhalten muss? Werden sie nicht desshalb die wüthendsten Gegner der Heilgymnastik werden, schon weil sie sonst eingestehen müssten, bisher in einem Irrwahne gefangen gewesen zu sein?"

Geflissentlich enthalten wir uns jeder Bemerkung über diese Diatribe gegen „Verstandesphysiologen und anatomisch-patholo-

gischen Aerzte;" gegen Leichenuntersuchungen, Vivisektionen, gegen Auskultation, Perkussion u. s. w. Unsere Leser mögen sich ihr eigenes Urtheil bilden. Was eigentlich Hr. N. unter „organischer Muskelwirkungslehre," die den Kardinalpunkt seiner Doktrin zu sein scheint und die „in allen anatomischen und physiologischen Werken kaum in den ersten Rudimenten" vorhanden sei, begreift, fragen wir auch jetzt noch nicht; die Erklärung kommt später. — Wer der grosse oder vielmehr der grösste deutsche Physiolog sei, der im gymnastischen Kursaale des Hrn. Branting in Stockholm durchaus ungerührt geblieben, wissen wir nicht; wir können ihn indessen sehr leicht errathen. Dass aber unsere grossen Naturforscher, ein Humboldt, Dove, Magnus, Ehrenberg, Joh. Müller u. s. w. schwer zu rühren sind, — diese Klage führt nicht blos Hr. N. und die schwedische Heilgymnastik, sondern er theilt sie mit den Anhängern der Homöopathie, des Mesmerismus, der Kerner'schen Geisterseherei, des Tischrückens u. s. w. Achtungswerth bleibt jedenfalls die Opferfreudigkeit, mit der Hr. N. in seinen Enthusiasmus für die neue Lehre, der, wenn auch rein eingebildeten, furchtbaren Kohorte von Feinden ganz allein sich entgegenstellt.

„Diese Zahl der Gegner, sagt er, kannte ich wohl, ehe ich dieses Buch schrieb, und daher hoffe ich, wird man mir wohl den Muth zugestehen, dass ich Einzelner es gewagt habe, mit diesem Heere anzubinden. Andererseits wird man aber vielleicht belächeln, dass ich mit einem so winzigen Buche eine Reform von Bibliotheken, eine Reform mehrerer Wissenszweige herbeiführen wolle. Darauf antworte ich mit dem Spruche: in magnis voluisse sat est. Es ist ein Anfang, es ist kleiner Funke, allein er kann mit Gottes Hülfe eine starke Flamme werden, die die Scheinsysteme vom Throne stürzt."

„Darum bringe ich auch vor Allem Gott Dank dar, dass er mich mit so wunderbarer Kraft gestärkt hat, so dass ich trotz aller Widerwärtigkeiten, die sich der Herausgabe dieses Buches entgegenstellten, doch damit zu Ende gekommen bin. — Der Gegner, der mein Machwerk für nichts ansieht, so wie der Irreligiöse wird über ein solches Gottvertrauen lächeln, ich beneide sie nicht darum!"

Wir kennen die Widerwärtigkeiten nicht, die Hr. N. bei Herausgabe seines Buches zu überwinden gehabt hat; aber mögen sie gross oder klein, Gott bewahre uns und jeden vernünftigen Menschen, dass wir über den Eifer und die Betheiligung lächeln, mit der Hr. N. seine Sache erfasst hat. Glaubensmuth, Stand-

haftigkeit, Gottvertrauen sind tief ergreifend, wo sie sich auch finden, selbst wenn der Anlass viel Wahn und wenig Wahrheit ist.

Wir wenden uns nun von der Vorrede zum Buche selber: Was ist die schwedische Heilgymnastik? Woher stammt sie? Wann ist sie aufgekommen?

Ling, bis 1813 Universitätsfechtlehrer in Lund, dann Fecht- und Turnlehrer in Stockholm, auch Dichter, ist der Erfinder der neuen Gymnastik. Er wird von seinen eifrigsten Anhängern Gymnasiarch genannt. Er war kein wissenschaftlich gebildeter Arzt, kein Anatom oder Physiolog von Fach, aber er war, wie einer seiner Jünger sagt, „ein scharfer Naturdenker“ oder vielmehr ein Naturphilosoph. Seine vorzüglichsten Schüler sind Professor Branting, der jetzt den Ling'schen Kursaal in Stockholm leitet; ferner de Ron, ein ehemaliger schwedischer Offizier, jetzt Lehrer der Gymnastik in Petersburg, und Georgii, ebenfalls aus schwedischen Diensten verabschiedet und jetzt in London. „Ling und seine drei grossen Schüler,“ so bemerkt Hr. Neumann in einer Note, „sind Schweden, weshalb ihre Heilgymnastik wohl auch die schwedische, wie dieses jetzt Gebrauch ist, genannt werden kann.“ In Deutschland sind die eifrigsten Anhänger der Artilleriehauptmann Hr. Rothstein und Hr. Dr. Neumann; besonnener wirken für sie die Hrn. Massmann, Dr. Richter und Dr. Eulenburg, dessen Schriften uns ebenfalls vorliegen. In England und Frankreich scheint Heilgymnastik als besondere Doktrin noch wenig Anklang gefunden zu haben und wenn wir Berlin abrechnen, so hat sie auch in Deutschland kein besonderes grosses Interesse erregt. Selbst in Schweden, dem Heimathlande, wird sie, wie uns aus sehr guter Quelle mitgetheilt worden, nicht sehr hochgeachtet; am wenigsten wird sie dort für eine besondere Doktrin angesehen und die Aerzte sind über den Enthusiasmus verwundert, den sie hier und da im Auslande erregt hat.

Gehen wir nun in die Sache näher ein und bleiben wir bei dem Neumann'schen Buche, so finden wir folgende Definition der schwedischen Heilgymnastik:

„Das System des Schweden Ling und seiner Schüler Branting, de Ron und Georgii versteht unter Heilgymnastik die künstliche und mechanische Erregung aller Bewegungsorgane des menschlichen Körpers, um dadurch krankhafte Störungen in demselben zu beseitigen. Sie erstreckt sich also nicht blos auf die

willkührlich-kontraktile Fasern (animale Muskeln), sondern auch auf die unwillkührlich-kontraktile (organische, Gefässmuskeln u. s. w.), ja selbst auf die Flimmerzelle."

Lassen wir einstweilen die Flimmerzelle und wie sie künstlich und mechanisch zu erregen sei, auf sich beruhen, und bemerken gleich vorweg, dass theils der Wille des Kranken, theils die Einwirkung eines Anderen verwendet wird, um Bewegung oder, wie Hr. Neumann sich ausdrückt, „eine künstliche und mechanische Erregung der Muskelfaser" zu erzeugen.

„Ling's Ingenium, sagt Hr. N., war es beschieden, zuerst den grossen Gedanken zu fassen, dass durch den Willen des Kranken und den einer zweiten Person (des Gymnasten) eine solche Erregung möglich sei, eine Wahrheit, die so lange verborgen war und jetzt in ihrer Bedeutsamkeit von allen Physiologen und Aerzten [illegible] bald erkannt und weiter ausgebildet werden wird."

Bis auf Ling soll Niemand gewusst haben, dass durch den Willen des Kranken und den einer zweiten Person eine Erregung der Muskelfaser möglich sei? Wir könnten annehmen, dass Hr. N. dieses nicht im Ernste geschrieben habe, aber der folgende Passus belehrt uns eines Besseren; Hr. N. meint nicht die gewöhnliche Erregung der Muskeln, die alle Welt kennt, sondern die organische Erregung derselben.

„Während die Gymnastik aller anderen Völker die Fortschritte der Physiologie wenig oder gar nicht beachtete und daher, selbst in Hinsicht der animalen Muskeln, nur der physiologischen oder Hebeltheorie huldigte, eine organische Auffassung der willkührlichen Muskelwirkung aber auch verschmähte, waren Ling und seine Schüler die Ersten, die eine organische Muskelwirkungslehre, d. h. eine Uebungslehre der animalen Muskeln nach allen Richtungen, die die Gesetze des menschlichen Organismus nur gestatten, anbauten und daher selbst in der Anwendung der Wirkung der animalen Muskeln sich gar sehr von den Gymnasten aller anderen Völker unterscheiden. Es bildete sich auf solche Weise in der schwedischen Heilgymnastik die ausgebreitete Anwendung der duplizirten Bewegungen animaler Muskeln, eine Bewegungsform, die die Gymnastik aller anderen Völker nicht kannte, oder doch wenigstens weder ihre grosse Wichtigkeit ahnte, noch dieselbe systematisch auszubilden wusste."

„Als Einwirkungsweise auf das elastische und Sehnengewebe, so wie auf die Flimmerorgane erfanden oder brachten in einen systematischen Rahmen Ling und seine Schüler die passiven Bewegungsformen. Hiervon brauchte die Gymnastik aller anderen Völker durchaus nichts, während die [illegible] der-

selben sich überall, wenn auch durchaus ohne systematische Anordnungs- oder Erklärungsweise, zu bedienen pflegte."

Was duplizirte Bewegungen sind, werden wir noch erfahren; die Einwirkung der passiven Bewegungsformen auf die elastischen und sehnigen Strukturen und auf die „Flimmerorgane" lassen wir dahin gestellt. Was aber heisst: organische Auffassung der willkürlichen Muskelwirkung? Was ist zu verstehen unter „organischer Muskelwirkungslehre" oder unter „Uebungslehre der animalen Muskeln nach allen Richtungen, die die Gesetze des menschlichen Organismus zur Schau stellen?" Es scheint darin der Kardinalpunkt der neuen Doktrin zu liegen, denn indem sie darauf ausgeht, durch Bewegungen, worin sie die Muskeln durch den Willen des Patienten oder durch Einwirkung eines Anderen versetzt, Krankheiten zu heilen, muss sie diesen Bewegungen einen ganz besonderen Einfluss unterschieben. Hr. N. versucht, uns diesen Einfluss deutlich zu machen.

„Das Ling'sche System, indem es als Prinzip anerkennt, die Thätigkeit aller Organe des menschlichen Körpers zu üben, nicht aber einseitig eine Klasse derselben bevorzugt, kann allein von einer Heilgymnastik sprechen. Dieselbe besteht, genauer ausgedrückt, in Folgendem: Anwendung des Willens des Kranken, der Hand des Gymnasten und der Apparate zur Erregung der Thätigkeit oder der Ruhe der kontraktilen Faser (wo sie und wie sie sich findet) und der Flimmerorgane, um die drei grossen organischen Hebel: Exosmose aus den arteriellen Kapillaren (Neubildung), Endosmose in die venösen Kapillaren und Lymphgefässe (Rückbildung und Mauser, venöse Absorption) und die mit ihnen verbundene, durch sie und für sie bestehende sensitive und motorische Innervationskreisströmung (Carus) zu modifiziren und zu regeln und auf diese Weise langdauernde Störungen der Lebensfunktionen (chronische Krankheiten) zu heilen."

Diese kühne und etwas abstruse Physiologie ist es, mit der Hr. N. den Anlauf nimmt, wie wir in seiner Vorrede gesehen haben, die Medizin zu reformiren, Scheinsysteme vom Throne zu stürzen, auf die Lebenswurzel des anatomischen-pathologischen Götzendienstes Schläge zu thun, gegen die Ueberschätzung der Auskultation und Perkussion zu Felde zu ziehen und die „Verstandesphysiologen und anatomisch-pathologischen Aerzte" zu bekämpfen.

Ling unterschied die Gymnastik in eine pädagogische, eine militärische oder Wehrgymnastik, eine medizinische oder Heilgymnastik und eine ästhetische Gymnastik. De Ron erkennt nur

eine Gymnastik an, die nicht zu theilen sei; Branting kennt nur eine medizinische Gymnastik, die alle übrigen Gymnastiken umfasse. Dieser letzteren Ansicht schliesst sich auch Hr. N. an.

„Die Heilgymnastik, sagt Hr. N., behandelt nicht alle Krankheiten, nur die meisten chronischen; sie hat besondere diagnostische Zeichen und besondere Ansichten über das Wesen dieser Krankheiten, abweichend öfters von denen des medikamentösen (?) Arztes; alles Dieses wird die erste der heilgymnastischen Doktrinen, eine heilgymnastische Pathologie (Pathologia kinesitherapeutica) bilden."

„Die Kurpläne in Krankheiten, die heilgymnastisch behandelt werden, sind von den medikamentösen, so wie von denen anderer medizinischer Systeme meistentheils verschieden. Die physische und die darauf basirte geistige Veredelung des jetzt mehr oder weniger kranken Menschengeschlechtes ist Aufgabe der Heilgymnastik als Diätetik und Erziehungslehre. Der Marasmus und die dagegen helfende Makrobiotik gehören ebenfalls im weitesten Sinne in das Gebiet der Heilgymnastik. Alles Dieses umfasst die zweite Doktrin, die heilgymnastische Therapie (Therapia kinesitherapeutica)."

Sollten unsere Leser noch nicht klar sehen, sollten sie noch nicht wissen, was sie „von der gegen den Marasmus helfenden Makrobiotik" zu halten haben, so brauchen sie nur das Folgende zu lesen.

„Die Heilmittel der Heilgymnastik sind die Bewegungsformen des menschlichen Körpers, welche die Praxis erfunden und aufgestellt hat und die noch zu erfinden sind. Dieselben sind an Zahl so gross und so verschieden in ihren Wirkungen, dass sie systematisch geordnet, eingetheilt, beschrieben, physiologisch gedeutet und in ihren Indikationen angegeben werden müssen. Alles Dieses bildet die dritte Doktrin, eine heilgymnastische Bewegungslehre (Materia kinesitherapeutica)."

„So wie bei den medikamentösen Mitteln besondere Vorschriften für das Verschreiben derselben existiren, besondere chemische Zeichen und Abbreviaturen vorhanden sind und alles Dieses die medikamentöse Rezeptirkunst bildet, so ist Aehnliches auch bei der Verordnung eines heilgymnastischen Rezeptes zu beobachten und dadurch wird also die vierte Doktrin, die heilgymnastische Rezeptirkunst, gebildet."

„Eine fünfte, in das Gebiet der Heilgymnastik würde sein eine heilgymnastische Gymnasten- (Gehilfen-) Unterweisungslehre (Pharmacia kinesitherapeutica). Denn so wie der Apotheker zum medikamentösen Arzte, so steht der Gymnast zum Kinesitherapeuten. So wie der Arzt, wenn er viele Patienten hat, nicht mehr Zeit besitzt, selbst die Medikamente, die er verschreibt, zu bereiten, und des Apothekers dazu bedarf, so bedarf auch der

Kinesitherapeut; bei mehreren Patienten jedenfalls der Gymnasten (Gehilfen), da seine Zeit, seine Kräfte ihm nicht erlauben, alle für seine Patienten verordneten Bewegungen mit ihnen selbst durchzuführen. Hiermit ist aber die Einrichtung eines heilgymnastischen Kursaales, in welchem mehrere Patienten mit Unterstützung mehrerer Gymnasten zu gleicher Zeit die Uebungen machen, innig verknüpft." S. 11.

Damit haben unsere Leser das Gerüst der Neumann'schen Lehre, dem es wahrlich nicht an Logik gebricht und, wenn auch der Vergleich der gymnastischen Gehilfen mit den Apothekern etwas hinkt und der Ausdruck Pharmacia kinesitherapeutica für die Gehilfen-Unterweisungslehre ein etwas unglücklicher zu sein scheint, so liegt doch System darin, welches beweist, wie sehr Hr. N. den Gegenstand durchdacht hat. Hr. N. beginnt mit den Bewegungen.

Die Bewegungen sind entweder aktive, die durch den Willen des Patienten bewirkt —, oder passive, die durch Einwirkung einer anderen Person an dem sich passiv verhaltenden Patienten erzeugt werden, oder sind gedoppelt (duplisirt), wo zwar der Patient selber die Bewegung macht, aber eine zweite Person dagegen Widerstand leistet. Bewirken diese Bewegungen eine Annäherung der Glieder, so heissen sie konzentrische, im Gegentheile exzentrische. Diesen aller Welt bekannten Bewegungen legt die schwedische Heilgymnastik oder vielmehr Hr. Neumann eine ganz besondere Bedeutung unter. In seiner Demonstration der nächsten Wirkung aller dieser Bewegungen finden wir durchaus nichts Neues. Nur nennt Hr. N. die Sehnen, Ligamente, Knorpel u. s. w. Hilfsorgane der Willkührmuskeln und hält sie für unwillkührlich-kontraktil und die passiven Bewegungen, das heisst diejenigen, die in dem Patienten durch direkte mechanische Einwirkung Seitens eines anderen Menschen hervorgerufen werden, erklärt er für solche, welche „die Bewegungen der unwillkührlich-kontraktilen Faser im Kranken, so weit sie schon in Thätigkeit ist (Tonus, Muskelspannung), steigern, so weit sie vielleicht mehr ruht (organische Muskeln am Darm, Athem- und Absonderungsorgane, Gefässmuskelsystem) in Thätigkeit versetzen, vielleicht auch die Nervenscheiden und die Flimmerorgane zu grösserer Thätigkeit oder Unthätigkeit bringen."

Diese Hypothesen und eine grosse Zahl anderer sucht Hr. N. auf den folgenden Blättern seines Buches zu beweisen, aber

es will uns bedünken, dass diese Beweise ebenfalls nichts weiter sind, als Hypothesen. Unsere Leser mögen sich selbst davon überzeugen; sie werden in diesem Abschnitte des Buches, der doch die wissenschaftliche Grundlage des Systemes bildet, sehr kühne und gewagte Voraussetzungen, die Hr. N. als fast unbestreitbare Wahrheiten hinstellt, und noch kühnere und gewagtere Folgerungen antreffen.

Es ist nicht unsere Absicht gewesen, uns mit einer Kritik dieser Ansichten, Ideen und Schlüsse zu befassen; wir wollten uns selbst und unseren Lesern nur einige Bekanntschaft mit der neuen Doktrin verschaffen, um eine Ansicht zu gewinnen, was von ihr die Pädiatrik wohl zu erwarten habe, und wir verfahren daher mehr referirend und zusammenfassend, als kritisirend.

Im zweiten Kapitel des ersten Abschnittes handelt Hr. N. von der *Ausgangsstellungslehre*. „Der Anfangspunkt oder die Stellung, die der menschliche Körper beim Beginne der Bewegung einnimmt, heisst die Ausgangsstellung." Bei den während der Einnahme einer bestimmten Stellung thätigen Muskeln muss man unterscheiden: *Führungs-* und *Stellungs-*, und bei den letzteren wieder *Haupt-* und *Nebenmuskeln*. Erstere sind solche, die den menschlichen Körper in eine Stellung bringen, und letztere, die ihn darin erhalten; Hauptmuskeln sind solche, die ganz besonders die Eigenthümlichkeiten der Stellung bedingen, Nebenmuskeln, die bei vielen anderen Stellungen auch thätig sind. Die Leser müssen gestatten, dass wir aus dem Buche ein ganzes Stück wörtlich anführen, worin der Geist der Doktrin des Herrn N. sich am besten spiegelt.

„Die Hauptmuskeln der Stellungen genau zu kennen, ist von Wichtigkeit, weil es dadurch möglich wird, schon mittelst der Stellungen auf die Uebung und Kräftigung einzelner Muskeln einzuwirken, ein Umstand, der bei Heilung der Verkrümmungen des menschlichen Körpers von besonderem Interesse ist. Wichtiger und allgemeiner in der Heilgymnastik zu verwerthen ist aber die *physiologische Wirkung* aller Stellungsmuskeln, nämlich als stärkere arterielle oder venöse Kapillarerregung betrachtet. In dieser Hinsicht ist es nöthig, dass dem Kunsttherapeuten wenigstens die Muskelgruppen, die in der Stellung in Aktion sind, stets vorstellig seien. Zugleich ist dabei zu unterscheiden, ob aktiv-ekzentrische oder aktiv-konzentrische Kontraktion in ihnen stattfindet. Die erstere wird besonders alle nahe gelegenen Faszien, Ligamente, seröse Häute u. s. w. in Dehnung und also auch in arteriell-kapillare Erregung setzen

und daher, wo solche Organe besonders zahlreich sind, tiefer und sehr weit verbreitet einwirken. Die konzentrische Kontraktion wird dagegen zwar das reine Muskelgewebe zur arteriellen Erregung bringen, nahegelegene Faszien aber nicht nur nicht dehnen, ja sogar zusammenfalten und daher zu ihrer arteriellen Einwirkung auf die reine Muskelsubstanz beschränkt bleiben, in den Faszien und in den tiefer gelegenen Organen aber nicht arteriell, sondern im Gegentheile durch die Zusammenpressung resorbirend wirken. — Die Stellungen, in denen Muskeln und Faszien in besonders starker aktiv-ekzentrischer Kontraktion sich befinden, nennt man Ligament-Stellungen, z. B. spannbeugende Stellung."

„So wie auf die arteriellen und venösen Kapillarnetze, ähnlich ist die Einwirkung der Stellungen auf die grösseren und selbst grössten Gefässe. Dehnung derselben wird mit beschleunigtem arteriellem Strome und also mit beschleunigter Ernährung in allen den Organen, die ihr arterielles Blut aus den gedehnten Arterien erhalten, verknüpft sein. Umgekehrt wird Zusammenpressung der grösseren oder grössten Gefässe, zuerst mit verlangsamtem, dann beschleunigtem venösem Strome und daher mit stärkerer venöser Absorption, also verstärkter Rückbildung in allen Organen, von denen die zusammengepressten Venenzweige das Blut wegführen, verbunden sein. Bei einzelnen Stellungen, z. B. den Dreh- und Wendstellungen, werden die grossen Gefässe des menschlichen Körpers beinahe um ihre Achse gedreht. Daher wird wegen der hierdurch bewirkten bedeutenden Retardirung des Venenstromes und trotz der Muskelaktion die venöse Resorptions-Wirkung in grösseren Körperregionen oder im ganzen Körper vorherrschend sein. Arterielle Erregung wird nun wieder im Allgemeinen mit vermehrter Absonderung, venöse Absorption im Allgemeinen mit Retardirung derselben in Verbindung sein, und daher werden sich die Stellungen schon als heilsam oder schädlich für einzelne, auf vermehrter oder verminderter Sekretion beruhende Krankheitsprozesse ordnen lassen."

„Mit der arteriellen Erregung wird Verbrauch und zugleich Hebung in den motorisch-sensitiven Innervationskreisstörungen verbunden sein; mit der venösen Absorption werden diese Prozesse in dem sympathischen Nervensysteme mehr gefördert werden. Insofern wird also auch klar sein, welche Stellungen für besondere Körperregionen in neurologischer Hinsicht von Wichtigkeit sind."

Man kann nicht läugnen, dass diese Demonstration originell ist; aber wodurch ist bewiesen, dass sie wahr ist? Hypothese, viel Hypothese, und doch gründet darauf Herr N. nicht nur seine Doktrin, sondern sein praktisches Thun.

Herr N. unterscheidet fünf Hauptstellungen: die stehende, knieende, sitzende, liegende und hängende und ihnen

entsprechend fünf Klassen von abgeleiteten Stellungen; jede dieser Klassen wird wieder in einfache und zusammengesetzte Stellungen eingetheilt. Alle diese Stellungen, deren Zahl ausserordentlich gross ist, geht Herr N. einzeln durch, erklärt ihre physiologische Wirkung und ermittelt ihre Indikation. In den beigegebenen Lithographieen hat er diese Stellungen abgebildet, die die wunderlichsten Bezeichnungen haben; wir wollen nur folgende anführen: rechtswendlinksstossstehende, rechtsknickspaltstehende, halbstreckschieftreppstehende, wagtreppstehende, schiefbeugluftstehende, krummschwungstehende, klaftertiefkrümmende, fussstreckschwungstehende, wadlschnittreppstreckfallstehende, ruhschenkelgegenwandknickstehende, linksstreckrechtsklafterrechtswendrechtsgangstehende, halbstreckkreuzlehnfallschiefhalbstehende, linksstreckrechtsklafterrechtsseitfallrechtshalbstehende, Stellung u. s. w. Nahe an hundert Stellungen hat Herr N. in seinem Verzeichnisse.

Zu diesen Ausgangsstellungen kommen die eigentlichen Bewegungen.

„Der eigentlichen Bewegungsnamen gibt es nur 38, welche aber, insofern sie an verschiedenen Körpertheilen ausgeführt werden und von diesen noch besondere Bezeichnungen erhalten, schon zu einer bedeutend grösseren Zahl anwachsen. Diese aber dehnt sich, weil die Bewegungen der verschiedenen Körpertheile wieder mehr oder weniger in den meisten Stellungen vorgenommen werden können, zu einer unendlich langen Reihe aus.“

Alle diese Bewegungen werden von Herrn N. ebenfalls einzeln durchgenommen und ihre physiologische Wirkung und Indikation festgestellt. Steht G. W. dabei, so heisst das: der Gymnast leistet Widerstand und Patient führt die Bewegung aus; P. W. aber: der Patient leistet Widerstand und der Gymnast bewirkt die Bewegung. Die 38 Bewegungen, unter welche Herr N. alle übrigen gruppirt hat, sind: Beugung, Streckung, Erhebung, Fällung, Neigung, Theilung, Spaltung, Zusammenführung, Führung, Wendung, Drehung, Rotirung, Ziehung, Drückung, Knickung, Haltung, Gang, Spannung, Rollung, Schwingung, Fliegung, Pumpung, Winklung, Lüftung, Umstülpung, Wagung, Streichung, Reibung, Sägung, Walkung, Knetung, Erschütterung, Zitterung, Punktirung, Klatschung, Hackung, Klopfung, Schlagung.

Was jede dieser hundert und aber hundert Bewegungen thut, oder mit anderen Worten, welche physiologische Wirkung ihr nach Herrn N. beizumessen ist, das gibt er mit der pein-

leisten Genauigkeit an; der bei weitem grösste Theil seines Buches ist dafür verbraucht.

Dann schildert Herr N. den Kursaal, die Apparate darin und die männlichen und weiblichen Gymnasten. Darauf folgt die heilgymnastische Rezeptlehre. Ein heilgymnastisches Rezept ist eine Anweisung an den Gymnasten, der, wie wir wissen, den heilgymnastischen Apotheker vorstellt, und enthält die 10 bis 12 Bewegungen, die der Patient durchzumachen hat, gerade als wäre es ein Gemisch von 10 bis 12 Arzneistoffen, die er einnehmen sollte. Um möglichst in der Analogie zu bleiben, sind auch Zeichen und Abbreviaturen von Herrn N. eingeführt und zwar 38 Zeichen für die oben erwähnten 38 Grundbewegungen und eine sehr grosse Zahl Abkürzungen für die Specialia oder Nebensachen.

„Hoffentlich, meint Herr N., wird die Zeit kommen, wo solche oder ähnliche Abbreviaturen in Büchern, die von grossen Physiologen und Aerzten über die einzelnen heilgymnastischen Doktrinen geschrieben sind, der Zeit- und Raumersparniss wegen gebraucht werden."

Es ist nicht unsere Absicht, dem Herrn N. diese Hoffnung zu rauben, aber wir besorgen, dass sie sich nicht erfüllen werde. Nicht einmal seine Confratres in der schwedischen Heilgymnastik bedienen sich dieser Zeichen und Abbreviaturen und was die grossen Physiologen und Aerzte betrifft, so werden sie sich wohl auch schwerlich jemals hineinfinden können. Man betrachte z. B. im Buche des Herrn N. S. 327 das Rezept für ein an Bleichsucht leidendes, und S. 328 das für ein an Skoliose leidendes Mädchen, wie das aussieht!

Was nun die Therapie betrifft, so unterscheidet Herr N. sechs gymnastische Kurmethoden: 1) die direkt neubildende, arterielle; 2) die direkt rückbildende, venöse; 3) die arteriell-ableitende; 4) die venös ableitende; 5) die Retraktions- und Relaxationskurmethode oder die muskelstärkende und 6) die nervenstärkende Kurmethode.

„1) Die direkt-neubildende, arterielle Kurmethode. „Die duplizirt-ekzentrischen Bewegungen und ebenso alle passiven, bei denen das Sehnen- und elastische Gewebe gedehnt wird, wirken auf Neubildung in allen Organen, die speziell in den Bereich ihrer Wirkung fallen. Ihre Anwendung lässt sich daher unter dem Begriffe einer neubildenden Kurmethode zusammenfassen. Man nennt diese auch die arterielle, weil die Neubildung aus dem arteriellen Theile des Kapillarsystems statt-

findet. Diese Kurmethode braucht man zur Kräftigung und Wiederherstellung atrophischer Organe, paralysirter Nerven, relaxirter sehniger Häute, bei anämischen, ödematösen, hydropischen Zuständen u. s. w. Bei allen solchen pathologischen Prozessen muss das leidende Organ der Einwirkung der erwähnten neubildenden Bewegungsformen unmittelbar ausgesetzt werden. Deshalb wird diese Kurmethode die direkte genannt und angewandt hauptsächlich bei folgenden Krankheiten: Paralysen sowohl centralen als peripherischen, bei Dispositio apoplectica, Amaurose, Ohrensausen, Schwindel, Gedächtnissschwäche, Veitstanz, krampfhaften Beschwerden, überhaupt bei Epilepsie, bei Lungenphthise, selbst tuberkulöser, bei Herzatrophie, bei Herzpalpitation aus diesem Zustande, bei Chlorose, Skrofulose, Verdauungsschwäche, Leibesverstopfung, Atrophie der Unterleibsorgane, Paralyse der Harnblase, Impotenz, Sterilität, zögernder Menstruation junger Mädchen und bei übermässiger alter Frauen, bei Skoliose, Pes varus und valgus u. s. w. . . .“

2) Direkt-rückbildende, venöse Kurmethode. „Die duplizirt konzentrische, sowie die passiv-resorbirenden Bewegungen bilden, insoferne sie unmittelbar auf pathologisch veränderte Organe angewiesen werden, um in ihnen die Resorption zu bethätigen und dadurch das Schmelzen der Krankheitsprodukte zu befördern, die direkt-rückbildende Kurmethode.“ — Hierher die chronischen Krankheiten, wo abnorme Stoffablagerungen stattgefunden haben.

3) Arteriell-ableitende Kurmethode. Darunter versteht Herr N. die Anwendung von Bewegungen (duplikat-ekzentrischen und passiv-dehnenden) an einem vom kranken Organe entfernten Orte, um von jenem auf diesen den Turgor abzulenken: — bei Hyperämieen, Hypertrophieen, chronisch-entzündlichen Prozessen, Exsudaten auf chronisch-entzündlicher Basis.

4) Venös-ableitende Kurmethode — besteht in der Anwendung der duplikat-konsentrischen Bewegungen, Retraktionen und Relaxationen, und es wird Ableitung venösen Blutes von einem kranken Organe und Beförderung der Resorption in demselben erzielt.

5) Retraktions- und Relaxations-Kurmethode: „Die duplizirt-ekzentrischen Bewegungen sind bestimmte Heilmittel für die Retraktion des sehnigen und elastischen Gewebes und die duplizirten konzentrischen eben so bestimmte für die Relaxation desselben.“ — Ganz besonders bei Kurvaturen der Glieder und namentlich des Rückgrates, wo die Erfolge so ausserordentlich sind, dass selbst „der Ungläubigste leicht zu überzeugen ist.“

„Es gibt Dieses“, fügt Herr N. hinzu, „weder den Beweis,

dass die Erklärungsweise, wie das sehnige und elastische Gewebe bei den komplizirten Bewegungen sich verhalte, dass es bei den exzentrischen gedehnt, bei den konzentrischen zusammengefasst werde, sowie die Erklärungsweise des Entstehens der Retraktion und Relaxation, dass bei ersterer dieses Gewebe zusammengefaltet, bei letzterer gedehnt werde, die richtigen seien, weil ihnen durch die Praxis selbst der Stempel der Richtigkeit aufgedrückt wird." — „Dieses ist aber eben das Hohe der Heilgymnastik, etwas, das kein anderes medizinisches System noch von sich rühmen darf, dass Theorie und Praxis so vollkommen Hand in Hand gehen, so dass die Praxis die Theorie selbst fördert, und welch' eine Theorie! Eine, die auf den grössten Wahrheiten der Physiologie beruht und daher die Physiologie selbst befördern hilft."

6) Die nervenstärkende Kurmethode. Jede heilgymnastische Kurmethode gilt als solche, besonders aber wirken Erschütterungen, Klatschungen, Hackungen, Klopfungen, Schwingungen, Walkungen u. s. w. erregend auf die Innervation.

Die Krankheiten, die Herr N. als Objekte der Heilgymnastik besonders anführt, sind: Lungenphthise, Lungenemphysem, habitueller Kopfschmerz, habituelle Leibesverstopfung, habituelle Diarrhöe, Kälte der Hände, Kälte der Füsse, Paralyse, chronische Augenentzündungen, Marasmus, Hernien, Hydrops, Chlorose, Skrofulose, Verkrümmungen der Wirbelsäule, besonders Skoliose. Die letztere ist sehr umständlich abgehandelt. Atrophie, Kontrakturen verschiedener Art, Kontusionen, Paralysen, Spasmen, Veitstanz, zurückgebliebenes Wachsthum, Rhachitis werden ebenfalls als passende Objekte für die Heilgymnastik angeführt.

Soweit Herr N. mit seinem Werke über die Heilgymnastik. Die Anstrengungen sind zu bewundern, mit denen er ein neues medizinisches System daraus zu machen bemüht gewesen ist. Welch' ein Aufwand von Hypothesen und Theorieen! Wie viel Eigenmächtiges, Eingebildetes, Erdachtes neben mancher wirklich überraschenden Wahrheit und genialen Idee! Die Kritik nützt nichts; das praktische Resultat allein gibt den Ausschlag. Es sind in der Heilwissenschaft Systeme genug aufgebauet worden, geistreiche und ungeheuerliche, tiefdurchdachte und sehr oberflächlich fundirte, — viele von ihnen haben grossen Enthusiasmus erregt und ungeheuren Anklang gefunden und doch sind sie alle von der Bühne verschwunden und von ihnen ist

nun der Kunst geblieben, um immer wieder neue Systeme emporsprießen zu lassen. Das ist der natürliche Verlauf und wenn Herrn Neumann's heilwissenschaftliches System auch wirklich dazu gelangen sollte, grösseren Anklang zu finden, so wird es doch dasselbe Schicksal haben. Von Werth kann es erst sein, wenn es eine vielseitige und mindestens fünfzehnjährige Erfahrung für sich hat.

Der Bericht über das erste Jahr seines Wirkens, den Herr Neumann im „Athenäum für rationelle Gymnastik Bd. I, H. 3“, einer von ihm und Herrn Rothstein herausgegebenen Zeitschrift veröffentlicht hat, und der in Nr. 5 als besonderer Abdruck uns vorliegt, lautet günstig. Vom 7. Februar, dem Tage der Eröffnung seines heilgymnastischen Institutes in Berlin, bis Ende Dezember 1853 wurden 122 (61 männliche und 61 weibliche) Kranke behandelt, davon der jüngste 5, der älteste 65 Jahre. Unter den 122 waren 23 in dem Alter von 5 bis 15 Jahren. Es litten 37 an Rückgratsverkrümmungen (31 an muskulärer Skoliose, 1 an ossikulärer Skoliose, 1 an „ossikulärer“ Kyphose, 3 an „ligamentöser“ Skoliose und 1 an „unregelmässiger“ Skoliose in Folge Kontraktur des Kniegelenkes); 2 an Verkrümmungen der Arme oder Beine, 20 an zentraler oder peripherischer Paralyse, 5 an phthisischen Lungenleiden, 3 an chronischen Herzfehlern, 1 an Asthma und Lungenemphysem, 7 an Hernien, 23 an sonstigen mannigfaltigen Unterleibsbeschwerden mit Leibesverstopfung verbunden; 8 an Veitstanz, 2 an allgemeiner Varikosität, namentlich der Venen des Unterleibes und der unteren Extremitäten, 5 an ausgebildeten Neuralgieen, 6 an Menstruationsbeschwerden, 2 an Blödsinn und Manie, 1 am schwarzen Staare und 1 an Taubheit. — Viele brauchten die heilgymnastische Kur nur kurze Zeit oder sehr unregelmässig; mehr als die Hälfte aber beharrte bei derselben 3 Monate oder länger. „Die Ersteren hatten natürlich nur sehr wenig Erfolg von der Kur; desto mehr aber und beinahe durchweg die Letzteren, sei es nun, dass sie schon während der Kur vollkommen von ihren Uebeln geheilt wurden, sei es, dass die Nachwirkung die Heilung wenigstens bewirkte.“ — Also auch die Nachwirkung, worauf man nöthigenfalls die Kranken, wenn eine lange sehr anstrengende, kostspielige und zeitraubende Kur nichts geholfen hat, vertrösten kann. Auf diese Nachwirkung gibt Herr Neumann sehr viel, verspricht sich davon sehr viel Aufschluss für die

Physiologie und eifert gegen die Heilgymnastiker, die nach bestimmten „einfachen Schablonen“ handeln wollen und die ihm als Ignoranten erscheinen. — Von den wenigen Bemerkungen, die der Neumann'sche Bericht über die einzelnen Krankheiten enthält, interessiren uns nur die, die sich auf Kinderkrankheiten beziehen, von denen hier nur die Skoliose und der Veitstanz vorkommt. Hr. N. berichtet:

„Die an Skoliosen und Hernien leidenden Patienten wurden sämmtlich, sobald sie nur lange genug die Kur gebrauchten, geheilt, oder wenigstens bedeutend gebessert. Der heilgymnastische Kurerfolg ist bei diesen Leiden ein so sicherer, dass ich fest überzeugt bin, es werde einmal die Zeit kommen, wo unsere Nachkommen mit Verwunderung aus historischen Nachrichten entnehmen werden, dass man Jahrhunderte lang die unsichere und kaum jemals einen Erfolg gebende Maschinen-Behandlung bei Rückgrats-Verkrümmungen angewendet und die bestimmt wirkende heilgymnastische vernachlässigt habe; dass man ebenso bei Hernien sich nur mit Bruchbändern begnügt, ja solche Uebel als unheilbar betrachtet habe, während sie doch durch Heilgymnastik so sicher geheilt werden können“ (S. 5).

„Der Veitstanz wurde in zwei Fällen geheilt, in einem nicht einmal gebessert.“

Noch ist zu bemerken, dass neben der Heilgymnastik im Neumann'schen Kursaale auch pädagogische Gymnastik betrieben wird, woran nicht nur Kinder, sondern auch bejahrte Herren und Damen Theil nehmen können.

Wir wenden uns jetzt zu Nr. 3 und 4, den Schriften des Hrn. Dr. Eulenburg. Hier finden wir eine viel gemässigtere, besonnenere Auffassung der Heilgymnastik. Hr. Eulenburg hat sich nicht mit Leib und Seele in die neue Doktrin hineingestürzt; er hat nicht die Prätension, mittelst der Heilgymnastik der Physiologie neue, unbekannte Bahnen eröffnen, der pathologischen Anatomie zu Leibe gehen, Auskultation und Perkussion ad absurdum führen, medizinische Systeme umstürzen, kurz eine durchgreifende Reform der Heilwissenschaft bewirken zu wollen. Er fürchtet aber auch keine Feinde, kein furchtbares Heer von Gegnern. Eingenommen für die Heilgymnastik betrachtet er sie doch nur als eine wichtige Bereicherung unserer Wissenschaft und Kunst und bestrebt sich festzustellen, was sie wirklich zu leisten vermöge. Auch er ist, wie Hr. Neumann, in Stockholm

gewesen, um daselbst sich zu unterrichten, und hat dann in Berlin ein Institut für schwedische Heilgymnastik und Orthopädie errichtet, wobei ihm Hr. H. Ling, der Sohn des schon genannten Erfinders, hülfreich gewesen ist. Er beklagt es, dass dieser neuen Bereicherung der Heilkunst durch zu grossen Eifer Nachtheil gebracht wird.

„Ling's Erfindung stützt sich in ihren wesentlichsten Theilen auf bewährte anatomische und physiologische Wahrheiten. Unter seinen Schülern hat namentlich Branting sich Mühe gegeben, vielfache Ergebnisse der exakten Medizin für die Ling'sche Heilgymnastik zur Erklärung dieser Wirkungen zu benützen. Dass diese dennoch zahlreiche, falsche Theorieen enthielt, die leider ihre exaltirten Anhänger zu den bedauerlichsten Verirrungen geführt haben, kann keinem besonnenen vorurtheilsfreien Arzte entgehen. Es ist einmal das Schicksal aller neuen Doktrinen, einerseits halsstarrige Gegner, andererseits schwärmerische Anhänger zu finden. Letztere sind auch der Ling'schen Lehre verderblicher als jene."

In einem in der Hufeland'schen Gesellschaft in Berlin gehaltenen Vortrage (Deutsche Klinik 1852, Nr. 30 und 31) hat Hr. E. seine Ansichten über die Ling'sche Heilgymnastik kund gethan. Seine Auffassung ist besonnen, einfach und belehrend:

„Die Anwendung der Gymnastik zu Heilzwecken ist sehr alt. Es gab aber nur eine allgemeine, zum Gebrauche gegen Motilitätskrankheiten als solche, unbedingt nicht rationelle Gymnastik. Ling hat durch seine Erfindung diesem Mangel abgeholfen, indem er den glücklichen Gedanken hatte und ausführte, für seine Bewegungen im wahren Sinne des Wortes die Anatomie und Physiologie zur Grundlage zu nehmen. Er hat zur Realisirung dieser überaus fruchtbaren Idee zugleich eine völlig neue gymnastische Technik ins Leben gerufen und hat namentlich durch Erfindung einer neuen aktiven Bewegungsform, der sogenannten duplizirten, und durch systematische Ausbildung der bis dahin zu Heilzwecken viel zu wenig gewürdigten passiven Bewegungen, die bisher geübte Gymnastik so gänzlich umgestaltet, dass diese mit der seinigen nichts als den Namen gemein hat. Die frühere, sowohl die allgemeine als auch die lokale Gymnastik war eine ihres therapeutischen Zweckes höchstens im Allgemeinen, keineswegs physiologisch speziell sich bewusste Körperübung; die Ling'sche ist ein wirklicher, nach anatomisch physiologischen Prinzipien bestimmt gegebenen Heil-Indikationen entsprechender Heilapparat."

„Mittelst der duplizirten Bewegungen gestattet Ling's Gymnastik eine quantitativ nach dem individuellen Kraftmaasse zu modifizirende Bethätigung bestimmter Muskeln und Muskelgrup-

gen. Sie wird aber auch besonders dadurch in ihrem praktischen Nutzen gesteigert, dass durch zweckmässige Lagerungen und Stellungen Assoziations-Bewegungen nicht zu beanspruchender Bewegungsorgane möglichst verhütet werden. Indem sich auf diese Weise die Innervationsströmung vorzugsweise auf diejenigen Bewegungsorgane, welche eben Heilobjekt sind, konzentrirt, wird deren beabsichtigte Kräftigung und Neubildung auch vorzugsweise gefördert. Andererseits bietet sie in ihren geistvoll (!?) erdachten und systematisch ausgebildeten passiven Bewegungen ein auf die Nerven, Blut- und Lymphgefässe in den mannichfaltigsten Modifikationen einwirkendes und daher auf einem wichtigen Gebiete chronischer Krankheitszustände anwendbares Heilagens.“

„Ling’s Gymnastik gewährt desshalb ein wahrhaft rationelles Heilverfahren gegen chronische Krankheiten, in der Sphäre der Motilität, als Verkrümmungen des Rückgrates, falsche Anchylosen, mangelhafte Entwickelung (Architectura phthisica) und krankhafte Beschaffenheit des Brustkastens z. B. die sogenannte Hühnerbrust (Pectus carinatum) und gegen peripherische Lähmung der Muskeln. Sie kann selbst gegen solche Lähmungen noch Hilfe leisten, welche, wie Romberg sie richtig bezeichnet, durch Affektion des Rükenmarkes entstand, nach längst zessirter Einwirkung der ursprünglichen Krankheit, ein gegen die ursächlichen Momente, als etwa Entzündung oder Exsudat, gerichtetes therapeutisches Einschreiten nicht mehr mit irgend welcher Aussicht auf Erfolg gestatten. Hier, wo wir es mit den konsekutiven, sich durch mangelhafte Motilität und verkümmerte Nutrition der Muskeln, Knochen u. s. w. dokumentirenden Resten eines erloschenen Krankheitsprozesses zu thun haben, gewährt uns die schwedische Gymnastik ein wissenschaftlich wohlbegründetes und unseren bisherigen äusseren und inneren Mitteln aus vielfachen Gründen vorzuziehendes Heilverfahren.“

„Sie ist daher ganz besonders wichtig in jenen Paresen, wo bei anscheinend unvollständiger Lähmung des ganzen Gliedes die genauere Untersuchung den Grund in der vereinzelten Affektion bestimmter Nerven und einzelner von ihnen abhängigen Muskeln oder Muskelgruppen erkennen lässt. Ebenso bei Kontrakturen und Anchylosen, hier zwar oft erst nach vorangegangener Erfüllung der operativen Vorbedingungen, sei es durch die Tenotomie, oder die von Langenbeck eingeführte (?) unblutige Streckung des Gliedes.“

„In allen diesen Fällen finden wir wegen längerer mangelhafter oder völlig aufgehobener Unbrauchbarkeit des Gliedes den betreffenden ganzen Bewegungsapparat, Muskeln, Knochen, Bänder u. s. w. atrophirt. Das Glied ist hier in der Entwickelung oft weit zurückgeblieben, sei es durch die örtlich gehemmte Innervation, oder auch durch die wie auch immer bedingte, der natürlichen Bestimmung widerstreitende Unbrauchbarkeit. Hier steigert die Ling’sche Gymnastik, indem sie sich ihres Zweckes

rationell bewusst ist, Innervation und Ernährung meist sicher, während alle unsere bisherigen Mittel wenig oder gar nicht fruchteten."

Hr. E. führt zur Bestätigung einige interessante von ihm mit vielem Erfolge behandelte Fälle an. Der eine Fall betrifft einen dem Hrn. E. von Dr. Puhlmann und Romberg empfohlenen 9 Jahre alten Knaben mit Atrophie des linken Beines in Folge einer im ersten Lebensjahre entstandenen Paralyse. Zugleich mit dieser Atrophie des Beines erschien das Rückgrat verkrümmt. Die Maschinen-Orthopädik war vergeblich in Anspruch genommen worden. Schon nach zweimonatlicher heilgymnastischer Behandlung in E.'s Institut zeigte das atrophische Bein eine auffallende Zunahme an Kraft und Volumen. Einen noch günstigeren Erfolg hatte die sechsmonatliche heilgymnastische Behandlung bei einem 7 J. alten Knaben, Namens Max Reissert aus Düsseldorf, der ebenfalls Atrophie des linken Beines hatte.

Wir haben noch manches Gute aus den beiden Schriften des Hr. E. anzuführen; nur sollte er die geheimräthlichen Aerzte, die etwa einmal ein Buch geschrieben haben, nicht so sehr herausstreichen, wo er ihrer erwähnt, und andere Aerzte nicht zu sehr tadeln. Wir wollen nicht sagen, dass Hr. E. mit Polemik oder Krittelei sich befasst hat oder dass er gewappnet und geharnischt einem Heere eingebildeter Gegner die Lanze entgegenhält, aber auf S. 19 der Schrift Nr. 3 finden wir einen Ausfall gegen unseren genialen Bühring, den wir nicht gutheissen können. Wenn Einer etwas dazu beigetragen hat, die Orthopädie wissenschaftlich zu begründen und sie dem Schlamme des Eigennutzes und der auf Plusmacherei bedachten Spekulation zu entziehen, so ist es Bühring. Gerade sein, von Hr. E. allegirtes Werk: „Zur Pathologie und Therapie der Krankheiten des Hüftgelenkes" hat ihm volle Anerkennung verschafft und ihn weit über Diejenigen erhoben, die die Orthopädie bis dahin als Geschäft betrieben haben. Wenn Hr. E. sagt, Hr. Bühring kenne nicht das ABC von der schwedischen Heilgymnastik, so reimt sich Das nicht mit Dem zusammen, was wir von Hrn. Bühring über dieselbe vernommen haben. Er kennt sie, davon haben wir uns überzeugt, recht gründlich; nur hält er nicht so viel davon, wie Hr. Neumann, — ja nicht einmal so viel, wie Hr. Eulenburg. Ihm erscheint nichts neu in der schwedischen Heilgymnastik, als die

Systemsucht und diese hält er für schädlich. Das sind nun Ansichten. Darüber haben wir nicht zu rechten und fühlen uns auch gar nicht dazu berufen, für Hrn. Bühring den Apologeten zu machen; nur möchten wir, dass Hrn. E. bei seiner anerkennenswerthen Mässigung stets verbliebe. Auch gegen Hrn. Neumann sollte er weniger direkt die Feder richten, als er es in dieser Schrift gethan; es könnte aussehen, wie Konkurrenzneid. — Die Schlüsse, zu denen Hr. E. in seiner ersten Schrift, die in der That noch viel Wissenswerthes, namentlich über die Verkrümmungen, enthält, gekommen ist, sind folgende:

„1) Die schwedische Heilgymnastik ist sowohl in ihrer wissenschaftlichen Grundlage, als in ihrer Technik vollkommen neu und als eine unbestreitbare höchst verdienstvolle Erfindung J. H. Ling's anzuerkennen.

2) Das sie von jeder bisherigen Gymnastik auszeichnende Moment ist die Begründung ihrer Bewegungen auf die Anatomie und die Physiologie der Muskeln.

3) Die Neuheit ihrer Technik beruht a) auf der Erfindung der duplizirt aktiven Bewegungen für bestimmte Muskelfaszikeln oder Muskelgruppen, b) auf einer vielseitigen systematischen Ausbildung der passiven Bewegungen.

4) Der vorzüglichste therapeutische Werth der duplizirt aktiven Bewegungen beruht a) in der mittelst Bethätigung der Muskeln primär durch den motorischen Akt selbst bedingten erhöhten Innervation und arteriellen Blutströmung und dadurch bewirkten Umänderung pathologischer Zustände der Motilitätsorgane, b) in der dadurch sekundär erzielten Einwirkung auf physiologische und resp. pathologische Prozesse innerer Organe.

5) Die passiven Bewegungen können einen heilsamen Einfluss üben a) mittelst Reflexaktion auf innere Organe durch ihre Einwirkung auf die sensitiven Hautnerven, b) durch Steigerung der örtlichen Säftezirkulation, besonders in den Venen und Lymphgefässen, c) durch mechanische Einwirkung.

6) Vermöge der anatomisch-physiologischen Basis ist die schwedische die erste wahrhaft medizinische Gymnastik, die wir besitzen. Als solche ist sie das rationellste (?) Heilmittel bei vielen sogenannten orthopädischen Krankheitsformen, als Rückgratsverkrümmungen, Hühnerbrust, Anchylose und überhaupt bei chronischen Motilitätskrankheiten, wie Lähmungen an den Extremitäten, Veitstanz, Schreiberkrampf.

7) Sie gestattet aber auf eine höchst vortheilhafte Einwirkung auf die Funktionsstörung der in Torpidität befindlichen inneren Organe theils durch Kräftigung der kontraktilen Faser im ganzen Organismus, theils durch Beförderung der Säftezirkulation bei deren lokaler Stockung.

8) Sie bietet daher bei einzelnen fieberfreien, chronischen,

inneren Krankheiten theils ein schätzbares Unterstützungsmittel für andere Kurmethoden, theils ein selbstständiges Heilmittel. Ganz besonders heilsam bewährt sie sich als Radikalmittel bei vielen eingewurzelten sogenannten Unterleibsbeschwerden und den mancherlei davon abhängigen Leiden wie Kopfschmerz, Schwindel, Asthma, Herzklopfen, Krämpfe und anderen Nervenaffektionen; ferner bei Lungenemphysem und der durch den Bau des Brustkastens sich dokumentirenden Anlage zur Lungenschwindsucht.

9) Sie gewährt endlich ein treffliches Mittel, den darniederliegenden Vegetationsprozess etwas zu erhöhen, zeigt sich als solches in hohem Grade nützlich bei allgemeinen Skropheln, bei der Bleichsucht, bei allgemeiner Muskelschwäche, und ist daher für die weibliche Jugend als Präservativmittel gegen das Schiefwerden und gegen Nervenschwäche von der heilsamsten Wirkung.

10) Es ist eine Verirrung, aus der schwedischen Heilgymnastik ein neues Heilsystem mit universeller Richtung begründen zu wollen. Ihre Wirkungen berechtigen sie nur, eine unsere bisherigen therapeutischen Mittel ergänzende Stelle einzunehmen."

Die Schrift Nr. 4 zerfällt in drei Abschnitte. Im ersten Abschnitte schildert Herr Eulenburg die Begründung und Wirksamkeit seines heilgymnastischen Institutes. Dasselbe befindet sich in der grossen Friedrichstrasse in Berlin an der Weidendammerbrücke in derselben Räumlichkeit, wo früher das Blömer'sche orthopädische Institut sich befunden hat. Der Kursaal, die Apparate darin, die ganze Einrichtung, das damit verbundene Pensionat für Kranke werden genau beschrieben. Eine besondere Abtheilung bildet die pädagogische oder Gesundengymnastik.

Unter den von ihm heilgymnastisch behandelten Krankheiten bestand die bei weitem grösste Anzahl in Skoliosen und chronischen Unterleibsbeschwerden. Die Skoliotischen zählten 152, wovon die meisten weiblichen Geschlechtes; die Unterleibskranken 105, wovon die meisten männlichen Geschlechtes. Kranke, bei denen er sich von der Heilgymnastik keinen Erfolg versprechen konnte, wies er ab. Er behauptet, dass sehr viele Kranke an ihn sich gewendet haben, die wegen Rückgratsverkrümmungen anderswo vergeblich mit Streckapparaten behandelt worden seien. Die Anzahl der zu gleicher Zeit in Behandlung befindlichen Kranken schwankt je nach der Jahreszeit seit zwei Jahren zwischen 60—80. Die Zahl der männlichen war in der Regel um etwa 10 kleiner als die der weiblichen Kranken. Betreffend das Alter befanden sich die Kranken zwischen dem 4. und 68. Lebensjahre. Die grösste Mehrzahl der Kranken waren

Deutsche; doch befanden sich darunter auch solche aus Russland, Polen, Norwegen, Belgien, Schweiz, England, Amerika. — An der Gesundengymnastik, bestimmt zur Kräftigung und harmonischen Ausbildung des Körpers, betheiligten sich seit dem dreijährigen Bestehen der Anstalt 92 Mädchen, in dem Alter von 7—16 Jahre. Nur Gesunde werden hier zugelassen. Stellungen, Beugungen, Streckungen, mit einem Worte Freiübungen, bilden den wesentlichsten Theil dieser Gymnastik. Sie schreiten von den leichteren zu den schwierigeren fort, berücksichtigen die individuell verschiedene Muskelkraft und Befähigung, erregen durch Abwechslung die freudige Theilnahme und bewirken durch systematisches Vorschreiten die harmonische Kräftigung und gedeihliche Entwicklung des Körpers.“

Im zweiten Abschnitte handelt Hr. Eulenburg über die Aetiologie der Rückgratsverkrümmungen und deren Behandlung durch schwedische Heilgymnastik. Zu den Ursachen zählt er die Rhachitis, jedoch nur in den Fällen, wo die Verkrümmungen vor dem 4. Lebensjahre sich bilden. Der Skrophulosis misst er nur eine entfernte ursächliche Wirkung bei, insofern die aus der Skropheldiathese entspringende allgemeine Schwäche die Verkrümmung bewirken hilft. Nur der Gibbus oder die Angularkurvatur (Wirbelkaries) ist unmittelbare Folge dieser Diathese. Die häufigste Ursache der sogenannten Kurvenverkrümmungen des Rückgrates ist nach Hrn. E. der gestörte Antagonismus in der Funktion der Rückenmuskeln und zwar entweder Retraktion, oder, was viel öfter vorkommt, Relaxation einzelner Muskeln oder Muskelgruppen. Einseitige pleuritische Exsudate, Verkürzung eines Schenkels, Koxalgie mit Verkürzung, geheilte Brüche eines der Beine, Gebrauch einer einfachen Krücke, Paralyse eines Beines, Schiefstellung des Beckens betrachtet Hr. E. als indirekt örtliche Ursachen der Kurvenverkrümmungen. Relaxation der Rückenstrecker beider Seiten erzeugt Kyphose, die der Rückenbeuger Lordose, Relaxation der Rückenstrecker nur an einer Seite Skoliose. Das Wort Relaxation gebraucht Hr. E., wie er in einer Note bemerkt, überall für unvollkommene Paralyse, im Gegensatze zur vollständigen Paralyse oder gänzlich aufgehobenen Funktion eines Muskels. — Was nun die Behandlung der Rückgratsverkrümmungen betrifft, so erfordert die Rhachitis die bekannte gegen die Dyskrasie gerichtete Medikation. — Die gegen die Angularkurvatur

oder Wirbelkaries (Spondylarthrocace) von Guérin und Anderen empfohlene perpetuirliche Bauchlage verwirft Hr. B.; er habe, behauptet er, davon nichts Gutes gesehen, wohl aber bei ruhiger, beliebiger Lage von wiederholter Anwendung von Blutegeln, narkotischen Umschlägen, Einreibungen von Salben aus Jodblei mit Bilsenkrautextrakt und antiskrophulösem Regimen. — Findet sich als Ursache der Kurvenkrümmung des Rückgrates Muskelverkürzung (Retraktion), so führt die Tenotomie am sichersten und schnellsten zum Ziele. Ist aber diese Ursache überhaupt selten, so ist die Ausführbarkeit der Tenotomie noch seltener von Erfolg. Für die bei weitem zahlreichsten Fälle von Rückgratsverkrümmung, wo Muskelrelaxation die Ursache ist, ist, wie Hr. B. versichert, die schwedische Heilgymnastik das einzige rationelle Heilmittel. Nur sie vermag es, durch genaue Berücksichtigung der Anatomie und Physiologie, d. h. durch spezifisch-aktive Bewegungen in den halbgelähmten Muskeln die Lebensthätigkeit zu erhöhen und die Harmonie in ihrer Wirkung wieder herzustellen.

„Um dem mit der Technik der spezifisch-aktiven Bewegungen völlig unbekannten Leser dieselbe einigermaassen zu erleichtern, knüpfe ich an das obige Beispiel der Relaxation des M. triceps an. Dieser Muskel soll in Thätigkeit gesetzt werden."

„Der Kranke sitzt in möglichst bequemer Stellung, die Füsse auf den Boden gestützt, den Rücken angelehnt, wohl noch fixirt vom Assistenten, um den übrigen Körper in möglichst vollständiger Passivität zu erhalten. Der Arm befindet sich in Flexion. Der gymnastische Gehilfe legt seine Hand flach auf die Dorsalfläche des Vorderarmes nahe dem Karpalgelenke und gibt dem Kranken auf, den Vorderarm in langsamem Tempo zu strecken, während er, der Gehilfe, einen geringen Widerstand anwendet. Je nach dem Grade der Relaxation des M. triceps und seiner noch vorhandenen Kontraktionsfähigkeit wird diese Streckung eines geringeren oder stärkeren Widerstandes von Seiten des gymnastischen Gehilfen bedürfen. Der Widerstand steigert die geschwächte Kontraktionsfähigkeit des Muskels. So gering Anfangs die Thätigkeitsäusserung auch sei, immer ist sie mit einer entsprechenden vermehrten Innervation und arteriellen Blutzuströmung verbunden und immer werden dadurch, wenn auch Anfangs noch so unscheinend, die Moleküle zur Neubildung herbeigeführt. Derselbe Prozess tritt ein, wenn der gestreckte, also jetzt in Kontraktion befindliche M. triceps von dem gymnastischen Gehilfen dadurch wieder in Ausdehnung versetzt wird, dass er mittelst seiner wie oben angelegten flachen Hand den Vorderarm gegen den Oberarm hinbeugt, während diesmal der Kranke ei-

seits den ihm möglichen, geregelten Widerstand entgegensetzt."

„Eine solche Uebung, in gewissen Pausen und Abwechslungen täglich, Anfangs selten, dann immer häufiger wiederholt, muss nach physiologischen Gesetzen die Neubildung im Muskel anfachen, seine Kräftigung bewirken und in demselben Grade, als diese der Norm sich nähert, die normale Stellung und Funktion des betreffenden Gliedes herbeiführen."

„Aus diesem einfachen Beispiele ergibt sich eine Anschauung der Behandlung der Paralysen und muskulären Rückgratsverkrümmungen mittelst der spezifisch-aktiven Bewegungen der schwedischen Heilgymnastik. Natürlich ist diese nicht so einfach, wie in dem absichtlich von mir gewählten Beispiele. Die Menge und Mannigfaltigkeit der an der Wirbelsäule, den Schulterblättern, den Rippen u. s. w. betheiligten Muskeln erschwert nicht selten die Unterscheidung der primär erkrankten von der durch diese sekundär abnorm mitwirkenden Muskeln. Es bleibt dem Genie des behandelnden Arztes ohne Zweifel ein grosses Terrain für Beurtheilung der physiologischen und pathologischen Muskelzustände. Die Schwierigkeiten werden aber noch ganz besonders vermehrt durch die mit der Zeit eintretenden sekundären Veränderungen in den passiven Bewegungsorganen, namentlich in den knöchernen Theilen. Eine Jahre lang ununterbrochen fortbestehende Beugung des Armes im Ellenbogengelenke wird nothwendig Veränderungen in den Ligamenten, Knorpeln und Knochen desselben herbeiführen. Diese werden indessen, wenn die Beugung des Armes durch Relaxation des Triceps bedingt ist, um so geringer sein, als die Beugung des Armes schon durch das Gesetz der Schwere weniger konstant ist. Anders ist es aber bei der Rückgratskrümmung."

„Hier unterhält und vermehrt das Gewicht des Kopfes, welcher bei aufrechter Stellung auf der Wirbelsäule zu balançiren hat, die einmal durch gestörten Muskelantagonismus eingetretene Krümmung. Die an der Konkavität der Krümmung gelegenen Perthieen der Intervertebralknorpel und Wirbelkörper erleiden einen abnormen dauernden Druck, welcher durch Resorption die allmählige Verminderung ihrer Höhenverhältnisse zur Folge hat. In demselben Grade entwickeln sich die Organtheile an der Konvexität durch die Befreiung vom normalen Drucke zu abnormer Ausdehnung. So entsteht unausbleiblich früher oder später eine keilförmige Verbindung der Wirbelkörper. Durch das dem Körper nothwendige Bedürfniss, den Kopf in der perpendikulären Achse zu erhalten, entstehen anderweitige Gelenkkrümmungen in der Wirbelsäule. Die Rippen nähern sich einander an der konkaven und entfernen sich von einander an der konvexen Seite. Die Stellung und Form der Schulterblätter, der Schlüsselbeine, des Brustbeines, der Beckenknochen werden mannigfach verändert. So wird aus einer Anfangs in einer begränzten Muskelaffektion

begründeten, leicht zu beseitigenden abnormen Stellung eines Rückgratstheiles eine weitverbreitete, oft allen Kurmethoden trotzende Entstellung, die sich bis zur Anchylose der Wirbelkörper und Dornfortsätze steigern kann."

Herr E. erklärt es für die Pflicht der Aerzte, diesen drohenden Gefahren bei ihrem Entstehen durch die Anwendung der Heilgymnastik zu begegnen. Eine radikale Heilung bewirkt dieselbe sicher nur in den ersten Graden der Rückgratsverkrümmung, später höchstens Besserung oder Stillstand des Uebels.

Nachdem Herr E. den Werth der passiven Bewegungen: des Knetens, Streichens, Reibens, Drückens, Walkens u. s. w., die von Ling auch systematisch geordnet worden sind, kurz dargethan, bemerkt er, dass er von den ihm zur Behandlung überwiesenen Skoliotischen, die wenigstens ein Jahr seiner heilgymnastischen Kur obgelegen, über zwei Dritttheile geheilt habe und dass, je früher die Behandlung eintritt, desto früher auch Heilung erwartet werden könne. Vor den gewöhnlichen orthopädischen Anstalten hat das heilgymnastische Institut noch den Vortheil, dass die Patienten nicht wirklich in dasselbe vollständig aufgenommen zu werden und dafür ihr theueres Geld zu bezahlen brauchen, sondern dass sie bei ihrer Familie verbleiben können und nur nöthig haben, zu bestimmten Stunden jeden Tag im Kursaale sich einzufinden.

Im dritten Abschnitte, der über die schwedische Heilgymnastik gegen mehrere Nervenkrankheiten und andere chronische Leiden handelt, interessirt uns hier vorzugsweise der Veitstanz. Schon vor mehreren Jahren sind gymnastische Uebungen, wo der Wille der Kranken auf die Ausführung der vorgeschriebenen Bewegungen gefesselt und so den unwillkürlichen Bewegungen entgegengestellt wurde, versucht worden. Es liess sich also von der noch methodischeren Ling'schen Gymnastik Vieles beim Veitstanze erwarten.

„Selbst bei sehr veralteten Fällen, sagt Hr. Eulenburg, bewirkt die Heilgymnastik vollständige Wiederherstellung. So ward unter Anderem ein seit 4 Jahren am Veitstanze leidendes 16jähriges Mädchen, bei welchem alle Mittel bis dahin vergeblich angewendet waren, durch sechsmonatliche Behandlung in meinem Kursaale so vollständig hergestellt, dass weder in der geistigen, noch physischen Sphäre irgend eine Spur der hartnäckigen Krankheit vorhanden ist." „Turnübungen wurden schon seit einer Reihe von Jahren gegen Veitstanz in Gebrauch gezogen. Sie empfiehlt sie z. B. in der Art, dass man dabei mit den einfach-

sten und leichtesten Bewegungen beginnen und allmählig zu den komplizirteren und schwereren übergehen müsse. Napoleon Laisné wendet das aktive Turnen im Hospitale des Enfants malades in Paris unter anderen Krankheiten auch gegen Veitstanz an. Es leuchtet indess ein, dass eben das charakteristische Symptom dieser Krankheit, der aufgehobene Willenseinfluss auf die willkührlichen Muskeln, die Ausführung der aktiven Bewegungen nur in einem zu geringen Umfange gestattet, als dass bei stark ausgebildeter Krankheit von seiner Anwendung ein bedeutender Erfolg erwartet werden könnte, vermöge der passiven und spezifisch-aktiven Bewegungen ist nun aber gestattet, Anfangs nur diejenigen Muskelgruppen ausschliesslich zu bethätigen, welche fast gar nicht oder nur in leichterem Grade dem Willenseinflusse krankhaft entzogen sind. So werden durch die natürliche Synergie benachbarte Muskeln allmählig mit in den Kreis der Thätigkeit gezogen und ihre Funktion regulirt. Dazu kommt, dass das Maass der Kraft und die Ausdehnung der angesprochenen Muskelbethätigung durch das fühlende Anschmiegen des die Bewegung leitenden gymnastischen Assistenten an das Kraftmaass der kranken Muskeln in einer Weise genau berechnet werden kann, wie dies nimmermehr bei aktiven Bewegungen geschehen könnte. Der vorgefundene schwache Rest von Willenseinfluss wird, wenn auch noch so gering, stets als Fundament benützt, um darauf die weitere Entwickelung zu gründen."

„Die spezifisch-aktiven Bewegungen geschehen mit einer solchen Ruhe, dass sie selbst durch abnorme Herzthätigkeit nicht kontraindizirt sein können. Ja sie sind sogar geeignet, indem sie bei möglichst passivem Verhalten des ganzen oberen Körpertheiles sich nur auf die unteren Extremitäten erstrecken und dadurch die arterielle Blutströmung nach diesen vorzugsweise dirigiren, eine heilsame Entwickelung auf die mit Veitstanz gewöhnlich komplizirte alienirte Herzthätigkeit auszuüben."

„Selbst in denjenigen Fällen von Veitstanz, wo sich die Aufhebung des Willenseinflusses auf den gesammten willkührlichen Muskelapparat erstreckt, besitzen wir in den passiven Bewegungen der schwedischen Heilgymnastik eine einleitende Bewegungsform, welche durch Derivation beruhigend auf die ursächliche Reizung des Cerebrospinal-Nervensystemes einwirkt und nach eintretender Abnahme dieser den baldigen Uebergang zu den spezifisch-aktiven Bewegungen gestattet. Genug, die Anwendung der Heilgymnastik beim Veitstanze ist von so grosser therapeutischer Bedeutung, dass diese Andeutungen, weit entfernt, auf erschöpfende Erörterung Ansprüche zu machen, eben nur dazu dienen, die Aufmerksamkeit der Praktiker auf den Gegenstand zu lenken."

Die Schrift Nr. 2 fassen wir absichtlich zuletzt ins Auge. Seit 13 Jahren besteht die orthopädische Anstalt des Herrn

Berend; seit 13 Jahren hat er mit ausserordentlichem Eifer der Orthopädie obgelegen und sich bei derselben Ansehen und Ehren erworben. Man kann ihn als den erfahrensten Orthopädisten, wenn dieser Ausdruck erlaubt ist, betrachten, den Berlin besitzt. Sein Urtheil über alle in die Orthopädie einschlagenden Punkte fällt daher ernstlich ins Gewicht. Mit der ihm eigenen Gewandtheit und Industrie hat er die schwedische Heilgymnastik schnell sich angeeignet und sie, so weit er sie für sein Institut passend und begehrlich erachtete, in dasselbe eingeführt. Professor Branting aus Stockholm ist bei seiner Anwesenheit in Berlin ihm dabei behilflich gewesen; er hat ihm und seinem gymnastischen Lehrpersonale die Ling'sche Technik in einer Reihe der verschiedenartigsten Bewegungsformen gezeigt und eingeübt. Bei der Untersuchung vieler dem Hrn. Branting vorgestellter Kranken hat Hr. Berend Veranlassung genommen, mit ihm die Wirksamkeit der Heilgymnastik zu besprechen und in einem Ideenaustausche den Werth der „schwedischen Leistungen" im Verhältnisse zu den bisherigen Errungenschaften auf diesem Felde zu erörtern. Ohne das Ling'sche Heilsystem als solches zu adoptiren, ist er bei dem Grundsatze stehen geblieben: „prüfet Alles und das Beste behaltet." Die vor uns liegende Schrift (Nr. 2) erregt daher unser Interesse, zumal da sie, wie sich bald ergeben wird, eine der Neumann'schen fast extrem gegenüberstehende Anschauung über die schwedische Heilgymnastik hegt.

Die Heilgymnastik (medizinische Gymnastik, Kinesitherapie, Kinesiatrik) definirt Hr. Berend einfach als „die Heilung der Krankheiten durch Körperbewegungen (Muskelthätigkeit), mögen diese geschehen am Orte selbst (Motio, Umbildung) oder vom Orte aus (Locomotio)." Die Gymnastik als Hilfsmittel der Medizin ist uralt; Hr. B. macht auf Fuller, (Medicina gymnastica, aus dem Englischen, Lemgo 1750), und Tissot (Medizinisch-chirurgische Gymnastik, aus dem Französischen 1782), so wie hinsichtlich der als Volksmittel so gebräuchlichen passiven Bewegungen auf Franz Paullini, Flagellum salutes d. i. kuriose Erzählungen, wie allerhand schwere, langweilige und fast unheilbare Krankheiten oft, bald und wohl kurirt werden, — aufmerksam. — Kurz, aber bündig und instruktiv, schildert Hr. Berend die nächste und entfernte Wirkung der aktiven, passiven und duplizirten Bewegungen und beurtheilt dann die schwedische Heilgymnastik in ihrer allgemeinen und speziellen therapeutischen

Wirkung. Wir heben in aphoristischer Weise aus der Schrift Das heraus, was dem Urtheile des Hrn. Berend speziell angehört.

„Die bei den duplizirten (halbaktiven) Bewegungen im Auge behaltene Richtung der Muskelthätigkeit ist eine mehr determinirte, die halbaktive Gymnastik also eine recht eigentlich spezialisirte, auf bestimmte Muskeln oder vielmehr auf bestimmte Muskelgruppen gerichtete, die individuelle Willensthätigkeit des Patienten ganz besonders in Anspruch nehmende. Erkenne ich nun auch eine so distinguirte Einwirkung bis auf einzelne isolirte Muskelfaszikeln, als in der Natur unbegründet, allermeist nicht an, und bin ich auch der Meinung, dass sich mittelst der aktiven Gymnastik dieselben Tendenzen verfolgen lassen, so ist es dennoch nicht zu leugnen, dass in Bezug auf Heilzwecke die duplizirten Bewegungen uns als sehr nützliche und einer ausgedehnten Anwendungsweise fähige erscheinen, deren therapeutischer Werth namentlich in chirurgisch-orthopädischer Hinsicht den aktiven Bewegungen gegenüber zwar bedeutend überschätzt wird, nichts desto weniger aber immer noch ein wohl zu beachtender bleibt.“ (S. 5).

„Die naturphilosophischen, pathologisch-therapeutischen Fundamentalsätze, welche Ling, als Nationaldichter und Gymnasiarch hochgeachtet, aber ein Laie in der Medizin, seiner schwedischen Heilgymnastik zum Grunde gelegt, tragen vollständig das Gepräge des Produktes eines Dilettanten in der Heilwissenschaft und genügen keineswegs dem gegenwärtigen Standpunkte der exakten Medizin.“

„Wenn die Vertreter der schwedischen Gymnastik derselben in der exklusivsten Weise eine anatomisch-physiologische Grundlage vindiziren, welche der von rationellen Wundärzten bisher kultivirten Heilgymnastik durchaus fehle, so muss dies entschieden geleugnet werden. Diejenigen wirklich wahren und allgemein richtigen, anatomisch-physiologischen Prinzipien, welche sich auf die schwedische Gymnastik anwenden lassen und die sich in den Schriften derselben finden, können ebensowohl mit vollem Rechte für die bisherige rationelle Gymnastik in Anspruch genommen werden.“ (S. 6).

„Wenn man indessen auch das Streben der Ling'schen Schule als ein löbliches anerkennen muss, überall die Anatomie und Physiologie als kinesitherapeutischen Leitfaden festzuhalten, so darf man doch nicht vergessen, dass rationelle ärztliche Heilgymnastiker und unter ihnen ganz besonders orthopädische Chirurgen einen ähnlichen Weg gegangen sind.“

Hr. Berend ruft seinen ersten 1842 erschienenen und seinen 4. und 5. Bericht über sein Institut zum Zeugniss auf, dass das wirklich bei ihm der Fall gewesen. Auch berichtet er, dass er bereits im J. 1845 dem Ministerium der Medizinalangelegenheiten in einem ausführlichen Rapporte eine für die verschiedenen

Verkrümmungsformen geordnete vollständige Heilgymnastik mitgetheilt und dafür eine ehrende Anerkennung von der hohen Stelle erlangt habe; er habe diese nur desshalb noch nicht publizirt, weil er diese seine Arbeiten erst durch fernere Untersuchungen reifen zu lassen gedacht habe. Das ist gewiss sehr bedauerlich, weil dann nicht Schweden, sondern Deutschland den Ruhm der Erfindung der eigentlichen Heilgymnastik gehabt hätte. Da Hr. Berend, wie aus Vorstehendem sich ergibt, mit anerkennenden Ministerialreskripten beglückt ist, die doch gewiss vollwichtige beweisende Kraft besitzen, möchte Hr. Berend sie nicht benutzen, um zur Ehrenrettung Deutschlands seine Priorität zu behaupten? Es erscheint dieses fast unumgänglich dem folgenden Passus gegenüber:

„Viele andere Aerzte ausser mir haben ja auch in dieser Sphäre Fruchtbringendes erstrebt, ohne gerade die schwedische Gymnastik als die allein und unerlässlich heilbringende anzusehen und ich nenne von den neueren nur Richter, Hirsch, Koch, Schreber, welcher Letztere hinreichend dokumentirt (Kinesiatrik, Leipz. 1852), dass wir alle Ursache haben, auch ausserhalb der Grenzen der schwedischen Technik uns eine wissenschaftlich begründete und praktisch brauchbare Gymnastik nicht wegdisputiren zu lassen, für deren unumstösslichen Werth bei der Behandlung der Verkrümmungen und nicht minder mancher innerer Krankheitszustände eine vielfältige Erfahrung Bürgschaft leistet." (S. 8.)

Hr. Neumann behauptet, wie wir gesehen haben, das Gegentheil. Wer hat Recht? Hr. Berend müsste eigentlich viel ernstlicher auftreten.

„Eine allzu minutiöse Auffassung der Muskelwirkungen behufs gymnastischer Zwecke, wie diese von einigen Vertretern der schwedischen Gymnastik als etwas Neues und unerhört Nützliches gepriesen und bis auf die Erregung einzelner Muskelfaszikel ausgedehnt wird, artet zu Unrichtigkeiten und unpraktischen Spielereien aus, da es sich gewöhnlich wohl nur um die Wirkung von Muskelgruppen handelt." (S. 8.)

„Obgleich ich nun aber von keiner heilgymnastischen Methode, also auch nicht von der durch duplizirte Bewegungen, so Unmögliches erwarte, als einige Enthusiasten sich einbilden, so betrachte ich doch die aus der Ling'schen Gymnastik uns überkommenen Formen als brauchbare Ergänzung des bisher bekannten Heilapparates und will ihnen keinen Vorwurf daraus machen, wenn sie das nicht geleistet haben, was phantastische Köpfe von ihnen verlangten." (S. 8.)

Den Gedanken des Ling'schen Systemes, durch bestimmte Muskelaktionen auf bestimmte innere Organe einzuwirken, gibt Hr. Berend nur in sehr beschränktem Grade als richtig zu.

Was die Behandlung der Skoliose betrifft, so erklärt Hr. Berend die mit den duplizirten Bewegungen des Ling'schen Systemes verbundenen, den verschiedenartigen skoliotischen Spezies angepassten Ausgangsstellungen mit Streckungen der oberen und unteren Extremität in diagonaler Richtung für sehr zweckmässig; er habe selber schon früher auch solche Ausgangsstellung in seiner Gymnastik vielfach angewendet.

„Die einzelnen duplizirten Formen bieten nicht immer von den unsrigen Abweichendes dar und Seitwärtsziehungen, Rückbeugungen, einseitige Streckungen, sowie manches Andere gehören zu dem längst Bekannten. Die bisher gebräuchliche Heilgymnastik ist ebenso wie die schwedische nicht arm an entsprechenden kinesitherapeutischen Mitteln und auch sie wollte speziell auf die erkrankten Muskelgruppen theils neubildend theils dehnend, relaxirend u. s. w. einwirken.“

Daraus würde hervorgehen, dass die schwedische Gymnastik und die bisherige deutsche, von Hr. Berend befolgte Heilgymnastik sich vollkommen Stich halten und dass die Skoliotischen nunmehr freie Wahl haben, ob sie schwedisch oder deutsch kurirt sein wollen.

„Was das Resultat betrifft, welches mir die schwedische Gymnastik bei Ausschliessung aller anderen mechanischen Mittel, wie solches Ling ausdrücklich verlangt, für die Heilung der seitlichen Rückgratsverkrümmungen geliefert, so kann ich jetzt, nachdem ich mir alle Mühe gegeben habe, ein Jahr hindurch nach der präzisesten schwedischen Technik und mit Hilfe gut eingeschulter gymnastischer Assistenten an wohl hundert deformen Personen zu experimentiren, nur entschieden mich dahin erklären, dass die von mir errungenen Heilresultate am wenigsten diejenigen übertreffen, welche ich durch meine frühere Methode erreicht hatte, und dieses Endergebniss, wenn es auch keineswegs mir als ein abgeschlossenes gilt, stimmt vollkommen mit dem überein, was noch kürzlich der erste jetzt lebende Vertreter der Ling'schen Schule, Hr. Branting, offen mir mitgetheilt, indem er bei der Vorstellung einer Anzahl Skoliotischer nur solche als radikal heilbar oder besserungsfähig ausgab und ansah, die ich auch ohne schwedische Gymnastik zu heilen oder zu bessern mir zumuthen musste.“ (S. 9.)

Nach Hrn. Berend leistet also die neue Gymnastik gerade so viel wie die bisherige Orthopädik, obgleich, wie er zugibt, unter Umständen jede ihre Vorzüge hat. Er erzählt mehrere Beispiele, wo die Maschinen-Orthopädik eintreten musste, weil die Gymnastik entweder gar nichts leistete oder nur Besserung bis zu einem gewissen Punkte brachte. Man muss die Fälle in den

Schrift selber lesen. Hr. Berend, der in seinem Institute auch eine Kaltwasser-Heilanstalt eingerichtet hat, will, dass gegen Skoliosen alle Mittel konkurriren: Gymnastik, Maschinen, Stützapparate und Kaltwasser-Kuren.

Gegen Lähmungen erscheinen die Ling'schen duplizirten Bewegungen dem Hrn. Berend besonders wichtig, obgleich er die aktiven nicht für unentbehrlich hält.

„Die im Kindesalter vorkommenden Lähmungen, meist hervorgehend aus Meningitis, Konvulsionen, Helminthiasis, sind jedoch meistens so schwer bekämpfbare Uebel, dass man ein grosses Unrecht begehen würde, sich hier therapeutisch auf Gymnastik allein beschränken zu wollen. Nach mannigfachen von mir angestellten Versuchen bringt die schwedische Gymnastik ungefähr dieselben Verbesserungen paralytischer Affektionen hervor, welche wir auch auf der anderen Seite durch aktive Gymnastik, Elektrizität, Douchen, Einreibungen u. dergl. erzielen, und so sehe ich nicht ein, warum wir die letzteren Mittel ausschliessen wollen, da ja selbst ein Zusammenwirken aller Subsidien immer noch Vieles für die Heilung der Paralysen zu wünschen übrig lässt. Unverantwortlich wäre es, namentlich bei gelähmten Kindern orthopädische Stützapparate zu vernachlässigen und sich mit der Hoffnung zu vertrösten, dass Uebungen mit der Erkräftigung auch die Formverbesserung und Aufrechthaltung der betreffenden Theile zur Genüge bewerkstelligen." (S. 11.)

Bei paralytischen Gliedmassen ist nach Hrn. Berend orthopädischer Schutz (so nennt er seine mechanischen Apparate) fast unerlässlich, weil sich sonst Kontrakturen ausbilden.

„Für die Behandlung der Verkrümmungen der Gliedmassen, mögen sie von paralytischen oder anderen Ursachen herrühren, kongenital oder später entstanden sein, gewährt die Gymnastik nur ein Ergänzungsmittel der operativ-orthopädischen und eigentlich medizinischen Kur, welches entweder von vornherein oder in der Rekonvaleszenz seine Verwendung findet." (S. 12)

Beim Klumpfusse hält es Hr. B. für Unrecht, auf die Tenotomie gleich die Gymnastik folgen zu lassen.

Bei Steifigkeiten und Verwachsung der Gelenke nach chronischen Entzündungen hat Hr. B., wie er behauptet, längst schon aktive und passive, ja selbst duplizirte Gymnastik mit Nutzen angewendet."

Seine nach Shaw gebildete Kopfmaschine, sein orthopädisches Hüftbette und eine grosse Anzahl anderer Maschinerieen, die in seinem Institute noch heutigen Tages im Brauche sind, hält

Hr. Berend in vielen Fällen für ebenso wirksam, ja oft für noch wirksamer als die schwedische Heilgymnastik.

„Mehrere sehr schöne heilgymnastische Ergebnisse verdanke ich den Rollungen und Erschütterungen bei anchylotischen Verwachsungen nach Gelenkbrüchen." . . . . . . „In sehr erfreulicher Weise gelangen mir auf gymnastisch-orthopädischem Wege die Heilung des Caput obstipum nach Spondylarthrokace, das man bisher als ein Noli me tangere betrachtet hat." . . . . „Von ausserordentlichem Werthe ist die rationelle Gymnastik für die Heilung der Fingerkontrakturen aus rheumatischer, gichtischer und paralytischer Ursache, so wie der angeborenen oder erworbenen Klumpfüsse." . . . . . . (S. 14).

Ergötzlich sind die Proben der Ling'schen Pathologie, die Herr Berend anführt; sie zeigen, was ein genialer Fecht- und Turnlehrer, der zugleich Nationaldichter ist, zu leisten vermag, wenn er sich auf die Medizin wirft.

Zuletzt spricht Herr Berend über die verschiedenen inneren Krankheiten, für welche die schwedische Heilgymnastik als Universal-Kurmethode sich geltend machen möchte. Er warnt vor Uebertreibung und Ueberschätzung, gibt aber zu, dass sie manches Gute hat, wenn sie mit Bedacht und richtigem Takte gebraucht wird.

Den Schluss der Schrift macht ein statistischer Bericht über das Berend'sche Institut während der zwei letzten Jahre (Mai 1851 bis Mai 1853). In dieser Zeit beherbergte das Institut 242 stationäre Patienten (148 weibliche und 94 männliche); ausserdem 131 Halbpensionäre und ambulatorische Kranke. Das Berend'sche Institut zerfällt übrigens in drei Abtheilungen: die gymnastisch-orthopädische, die chirurgisch-operative Abtheilung und die Kaltwasser-Heilanstalt. In der chirurgisch-operativen Abtheilung fanden sich im genannten Zeitraume 14 Patienten (9 männliche, 5 weibliche). Von den 242 stationären Kranken wurden geheilt 91, gebessert 69, ungebessert entlassen 8. Gestorben sind an Meningitis, Hydrocephalus, Hektik 5, so dass noch 69 Pensionäre verblieben. Der Bestand der ambulatorischen Patienten betrug 40.

Die allerhöchsten und allergnädigsten, die hohen und gnädigen, die huldreichen und hochachtbaren Anerkennungen, die Herr Berend von Potentaten, Fürsten, Grafen und Exzellenzen in der letzten Zeit erlangt hat, finden sich S. 20 deutlich aufgezählt.

Blicken wir nun auf unseren langen und weitläufigen Bericht über die pädiatrische Leistung der schwedischen Heilgymnastik zurück, so finden wir, dass das Urtheil über dieselbe noch lange nicht festzustellen ist. Wir sehen Herrn Berend als den Vertheidiger der hergebrachten und von ihm ausgebildeten Maschinenorthopädik im Kampfe mit Herrn Neumann, der sie gänzlich verwirft, während Herr Eulenburg hinsichtlich der schwedischen Heilgymnastik noch im Prüfen und ruhigen Experimentiren begriffen ist. So gewichtig auch die Aussprüche des Herrn Berend, als eines seit dreizehn Jahren in weitem Kreise beschäftigt gewesenen Orthopädisten, sind, so muss man doch in Aufnahme derselben sehr vorsichtig sein, da es ihm bei aller seiner Wissenschaftlichkeit und Agilität natürlich schwer fallen muss, aus seiner seit so langer Zeit mit Eifer kultivirten Methode hinaus sich in eine neue Kurmethode zu begeben und seine mit Scharfsinn erdachten Maschinerieen und Streck-, Dehn-, Zug- und Stützapparate, die ihm so viel geleistet und so viel gekostet, bei Seite zu schieben. Die bisherigen orthopädischen Anstalten sind vorzugsweise auf Pensionäre eingerichtet, während die neubegründeten heilgymnastischen Institute nicht auf Pensionäre spekuliren und folglich den Kurbedürftigen wohlfeilere Heilung in Aussicht stellen. Auch das macht einen Unterschied und erhöht den Kampf, da jene kostspieligen Einrichtungen nicht so leicht sich abstellen lassen. Dieser Kampf ist aber von grossem Werthe für die Wissenschaft, weil er der einzige Weg ist, der zur Wahrheit führt. Nach einer Reihe von Jahren wird der Eifer auf der einen und auf der anderen Seite sich abgeklärt haben und dann erst wird durch die gewonnenen Erfahrungen der wirkliche Werth der schwedischen Heilgymnastik entschieden festgestellt werden können. **

III. Kliniken und Hospitäler.

Klinische Mittheilungen von Prof. Dr. Mauthner in Wien.

1) Ueber Hydrops bei Kindern und über Urea nitrica dagegen.

Aus den von mir mitgetheilten Fällen schien sich zu ergeben, dass in der Urea nitrica eine eigenthümliche Wirksam-

keit gegen Hydrops mit Eiweissharnen zu finden sei. Dass aber die diuretische Wirkung dieses Mittels nur palliativ ist, überzeugte ich mich durch Autopsie, indem das eine am 2. Oktober v. J. scheinbar genesend (frei von inneren und äusseren serösen Ergüssen) entlassene 6 Jahre alte Mädchen nach 20 Tagen, wo sie sich zu Hause ganz wohl befand, wieder ins Spital kam und zwar diesmal nicht mit Hydrops, sondern an einer mit typhösen Erscheinungen verbundenen Enteritis. Sie wurde klinisch behandelt. — Die Symptome waren: Heftiges Fieber, Delirien, Zunge roth, Diarrhoe, subsoporöses Dahinliegen mit hohlen Augen, trockene Haut, in beiden Thoraxhälften Rasselgeräusche, unten und hinten am Thorax beiderseits der Ton gedämpft; — der Urin trübe, blutig, spärlich, alkalisch und eiweisshaltig; durch das Mikroskop entdeckte ich auch Epithelial-Zylinder. Die kleine Kranke klagte über Bauch- und Lendenschmerzen, auch war die Milz angeschwollen. Unter Zunahme der Gehirnsymptome: Sopor, Delirien, Schwerhörigkeit, Aufschreien trat Orthopnoe, Anschwellung der Füsse, Schwarz- und Russigwerden der Zunge und Lippen und endlich der Tod am 13. Tage der Behandlung ein. Die Sektion ergab ein exquisites Lungenödem; die Bronchien durchaus geröthet; die Leber hellgelb und 1 Pfund 10 Loth schwer; Milz gross, blassroth, derb; im Blinddarme geröthete Gefässverästelungen und sechs Trichuri; im Kolon die Zotten geschwollen und stark geröthet; im Herzen bedeutende Fibringerinnsel; die Klappenränder der Mitralis etwas verdickt; die rechte Niere gross, speckig; beide Substanzen derselben in einer gleichförmigen Speckmasse untergegangen; in der linken Niere war dieser Prozess weniger vorgerückt. Das Gehirn ungemein trocken und derbe; die Ventrikel leer; Gewicht des Gehirnes 2 Pfund 8 Loth. Die übrigen Organe normal. — Eine Bright'sche Nierenkrankheit mit einem solchen täuschenden Krankheitsbilde bei Kindern habe ich noch nie gesehen, obgleich ich den Zustand gleich beim Eintritte der Kranken richtig erkannt habe.

Was Rilliet über Cerebralsymptome in der Albuminurie bei Kindern mittheilt, ist mir durchaus nicht neu. Ich sah nicht selten plötzlich Konvulsionen, Amaurose, selbst Lähmungen in Folge von urämischer Intoxikation eintreten und die Kinder durch eine kräftige, besonders die Haut reizende Behandlung genesen.

2) Ueber Darmkatarrhe bei Kindern.

Im Dezember v. J. waren unter den Kindern vorzugsweise Darmkatarrhe und Darmkrup herrschend. Gegen Darmkatarrhe wende ich schon seit dem Jahre 1844 das Nitras Argenti crystallis. zu $^1/_4$ Gran pro dosi bei Kindern an. Selbst bei den choleraartigen Durchfällen, in die diese Darmkatarrhe zuweilen ausarten, kenne ich nichts Besseres als dieses Mittel; bei dringender Gefahr lasse ich jedoch alle Viertelstunde von einer Solution von $^1/_4$ Gran in 2 Unzen Wasser einen Kaffeelöffel voll gebrauchen. Aus einer tabellarischen Uebersicht habe ich mich überzeugt, dass ich von 111 solchen Cholerafällen bei Neugebornen und Säuglingen nur 29 verloren habe. Ich muss jedoch bemerken, dass unter diesen Kranken viele Ambulatorische sind, wo man den Erfolg, wenn er günstig ist, nicht immer erfährt, bei Todesfällen kommen die Eltern wegen des Todtenzeugnisses.

3) Aphthen und Diphtheritis.

In aphthösen und krupartigen Affektionen der Mundhöhlen- und Magenschleimhaut kenne ich kein besseres Mittel als das Kali chloricum, welches bekanntlich zuerst von Engländern empfohlen wurde. Ich wende es sowohl äusserlich als innerlich an; es ist gut zu nehmen und wirkt wahrhaft spezifisch. Für kleine Kinder verschreibe ich 4 bis 6 Gran, für ältere 8 bis 10 Gran des Tages in 2 bis 3 Unzen Wasser mit Himbeersyrup.

4) Die krupartigen Affektionen der Dickdarmschleimhaut (Dysenterie).

Gegen dieselbe wende ich auf Anrathen französischer Aerzte Jodklystire an, nämlich sechs Gran Kali hydrojodicum, sechs Tropfen Jodtinktur in 2 bis 3 Unzen Wasser zu 2 Klystiren. Ich muss gestehen, dass ich in allen Fällen von der Wirkung dieses Mittels überrascht war. Wie gewöhnlich befällt Dysenterie, wenn einmal ein oder mehrere primäre Fälle in einem Krankenzimmer vorkommen, bald auch andere kachektische dem Tode geweihte Kranke. Auch diese, welche vermöge ihrer primären Krankheit nicht gerettet werden konnten, erfuhren die wohlthätigen Wirkungen dieses herrlichen Mittels. Der quälende mit Blutabgang und Tenesmus verbundene Durchfall hörte bei allen bald nach Anwendung einiger Jodklystire auf,

obgleich man bei der Autopsie den dysenterischen Prozess noch auf der Dickdarmschleimhaut vorfand.

5) Einige Bemerkungen über Vaccination und Revaccination.

Bei dem Umstande, dass seit einem Jahre Blattern hier in Wien sehr häufig vorkommen, gewinnt die Frage über den Werth der Vaccination für den Arzt und Menschenfreund ein um so grösseres Interesse. Wenn man liest, wie leidenschaftlich Nittinger gegen die Impfung zu Felde zieht, wenn man einem im hiesigen Findelhause, wo auch das Haupt-Schutzpocken-Institut sich befindet, lange Zeit angestellt gewesenen Arzte, wie Dr. Bednàr, über die Krankheiten der Impflinge sprechen hört, wenn man endlich die Klagen des Publikums über das Impfen so oft zu hören Gelegenheit hat, so könnte man fast verleitet werden, den Werth dieser grossen Entdeckung in Frage zu stellen. Sieht man aber andererseits, welch' eine furchtbare Krankheit die Variola vera bei Nichtgeimpften ist und kommt man zu der Ueberzeugung, dass Vieles, was der Impfung zur Last gelegt wird, nicht der Sache an sich, sondern anderen Umständen, die bei der Impfung zufällig mit einwirken, zugerechnet werden müssen, so stellt sich uns Jenner's grosse Entdeckung in seinem wahren Lichte dar. Die Gewalt solcher Umstände ist es, welche uns oft zwingt, wie dies auch im hiesigen Findelhause nicht selten der Fall ist, Neugeborene zu impfen. Ihr Organismus ist aber noch für diesen Eingriff zu vulnerabel; noch weniger ist er geeignet, eine gesunde und kräftige Lymphe zum Weiterimpfen zu erzeugen, da angeborene Dyskrasieen nicht selten vorhanden sind, die oft, wie z. B. die Syphilis, erst nach Monaten zum Vorscheine kommen. Wenn es auch nicht zu erweisen ist, ob Skrofeln durch Impfung fortgepflanzt werden können, so wird es doch Niemand für zweckmässig halten, von skrofulösen Kindern Lymphe zum Impfen zu verwenden. Da nun bei der grossen Anzahl skrofulöser Kinder, in denen diese Anlage, während dem man sie geimpft und andere von ihnen geimpft hat, noch schlummert, eine derartige Verunreinigung des Impfstoffes (wenn ich mich so ausdrücken darf) nicht zu vermeiden ist, so bin ich dafür, den Impfstoff von Zeit zu Zeit auf eine Kuh zu übertragen, um ihn durch den Organismus des Thieres zu läutern. Ich denke mir, dass der Impfstoff dadurch

eine Art Purifikation passirt, dass er in dem Boden eines grasfressenden Thieres nicht jene Nahrung findet, wie im Menschen(??). So habe ich heuer, nachdem ich selbst in St. Florian war, wo Dr. Unger schon seit Jahren auf diese Weise den Impfstoff regenerirt, selbst eine Kuh bei einem Milchner in Wien geimpft; den Stoff nahm ich von einem vierjährigen vollkommen gesunden Mädchen; am 12. Tage erhielt ich am Euter der Kuh ziemlich schöne Vaccinepocken; ich impfte damit 6 Kinder, an jedem zwei Pusteln. Mit Ausnahme eines einzigen Kindes kamen alle Impfstiche zur Entwickelung, jedoch etwas später. Viel schöner und kräftiger aber waren die Pusteln derjenigen 8 Kinder, die ich mit dieser Lymphe in zweiter Genitur impfte; darunter war ein 9 Jahre alter Knabe, welcher schon dreimal ohne Erfolg geimpft worden war und der erst durch diese letzte Impfung vier ausgezeichnet schöne Pocken bekam. Zweimal impfte ich auch in Muttermälern; in dem einen Falle erfolgte eine starke Blutung und durch Suppuration wurde ein Theil des Naevus zerstört; in dem anderen (ein Naevus, der die ganze Infraorbitalgegend einnahm), impfte ich innerhalb drei Wochen zweimal in den Naevus 8 Impfstiche; es erfolgte eine allgemeine Vereiterung des Naevus und zugleich brachen an den Nates, an den grossen Schaamlippen und an mehreren Stellen des Körpers förmliche Pocken hervor. Eine solche allgemeine Infektion beobachtete ich auch bei einem gesunden dritthalbjährigen Mädchen, dem ich am Arme 4 Impfstiche machte. Acht Tage hindurch schien die Vaccine kaum zu haften, am 10. Tage entwickelten sich die Pusteln unter Fieber und grosser Aufgeregtheit und zugleich erschienen im Gesichte, im inneren Augenwinkel, und an der hinteren Kommissur der Scheide traubenartige Gruppen und Impfpusteln. Dieses Kind genas; das frühere aber, welches nur einige Monate alt und überdies ohne Brust aufgefüttert wurde, erlag. — Ich habe nun die Ueberzeugung, dass jeder Arzt den Impfstoff sich selbst purifiziren könne, wenn er ihn einmal von einem gesunden Kinde auf eine Kuh überträgt, was gar nicht schwer ist.

IV. Wissenswerthes aus Zeitschriften und Werken.

Zur Behandlung der chronischen Kopfausschläge der Kinder.

Die chronischen Kopfausschläge, die bei Kindern vorkommen, sind: die Crusta lactea, die Impetigo und die verschiedenen Arten der Tinea. Die Crusta lactea ist eigentlich ein Ekzem und ebensowohl als die Impetigo rein entzündlichen Ursprunges. Den Ausdruck Tinea nehmen wir jetzt nur für diejenigen Krankheiten der behaarten Haut, die mit Bildung von mikroskopischen Pilzen in ursächlichem Zusammenhange stehen und die also von allen bisherigen Ausschlägen ganz abgesondert werden müssen.

I. Crusta lactea, von den Autoren Porrigo larvalis, Tinea mucosa, gewöhnlich Milchschorf, Milchborke genannt, ist eigentlich ein Ekzem mit sehr starker Sekretion und in der That nichts weiter, als ein Symptom einer schlechten, unpassenden oder mangelhaften Ernährung. Entweder ist die Milch zu fett für das Kind, oder dasselbe ist neben der Mutterbrust mit schwer verdaulichen Stoffen gefüttert worden, oder das eben entwöhnte Kind wurde plötzlich von der Mutterbrust auf eine viel zu schwere, viel zu fette, oder jedenfalls auf eine für den kindlichen Organismus durchaus unpassende Nahrung gesetzt worden. Unreinlichkeit mag auch etwas zur Erzeugung des Milchschorfes beitragen; jedenfalls aber spielt sie nur eine Nebenrolle; die abnorme Ernährung bleibt die Hauptsache. — Die Behandlung muss daher dieses ursächliche Moment vorzugsweise ins Auge fassen. Das beste Verfahren ist folgendes: man beginne mit einem Brechmittel, das nach Umständen in Zwischenräumen von wenigen Tagen ein- oder zweimal wiederholt wird; darauf lasse man Abführmittel folgen, deren Form und Dosis ebenfalls der Konstitution und dem Alter des Kindes angepasst sein muss. Daneben regulire man die Diät, setze das Kind möglichst auf blanke, leicht verdauliche Kost und gebe ihm öfter ein einfaches laues Bad. Oertlich wende man nichts weiter an, als eine Salbe aus Ung. simplex ℥j mit Natr. carbonic. ʒj, womit man jeden Abend die mit Krusten bedeckten Stellen einschmieren lässt, und ein Waschwasser aus destillirt. Wasser, worin Kali carbonicum (ʒβ auf die

Unze) aufgelöst ist. Mit diesem Waschwasser wird jeden Morgen die schorfige Stelle befeuchtet und abgeschwämmt, um die durch die Salbe abgeweichten Krusten zu entfernen. Gleich darauf kann die schorfige Stelle wieder mit der Salbe eingerieben und am Abend abermals mit der Kalilösung abgewaschen werden. Damit wird fortgefahren, bis die Stellen ganz rein erscheinen.

Die innere Behandlung darf aber dabei nicht unterbrochen werden. Hat man durch Brech- und passende Abführmittel und durch Regulirung der Diät die Verdauung und Ernährung geordnet und zeigt sich doch noch eine gewisse Hartnäckigkeit des Ausschlages oder eine häufige Wiederkehr desselben, so gebe man Alterantia, namentlich die Antimonialien, z. B. den Aethiops antimonialis mit oder ohne Kalomel, den Goldschwefel u. s. w. Bei skrofulöser Grundlage gebe man Kali hydrojodicum, bei rhachitischer Disposition den Leberthran. — Ganz ebenso wird die Impetigo der Kopfhaut behandelt.

II. Tinea. Dieser Ausdruck gilt jetzt, wie bereits gesagt, zur Bezeichnung derjenigen Uebel, welche in der Existenz von mikroskopischen Pilzbildungen in den Follikeln oder Bulben der Haare ihren Grund haben. Die hierher gehörigen Formen haben bisher zu den verschiedensten Gattungen der üblich gewesenen Klassifikation gehört. So rechneten Willan und Bateman, Thomson, Biett u. A. den ächten Favus oder die Tinea favosa zu den pustulösen, die Sykosis oder die Tinea sycosa bald zu den pustulösen, bald zu den tuberkulösen, bald zu den follikulösen und endlich die Tinea tonsurans und decalvans zu den squamösen Ausschlägen.

Nach Dem, was bis jetzt über die parasitischen Mikrophyten, die das eigentliche Merkmal der neuen Gattung Tinea bilden, bekannt ist, sind folgende Arten anzunehmen: 1) Tinea favosa, 2) T. tonsurans, 3) T. decalvans und 4) T. sycosa.

1) Tinea favosa. Es ist dieses der Favus oder die Porrigo favosa der Autoren, der böse oder eigentliche Erbgrind. Eine Beschreibung ist hier wohl nicht nöthig, da dieses Uebel gewiss jedem Arzte bekannt ist. Die eigenthümliche Form der Krusten, die bekanntlich den Honigwaben gleichen, charakterisirt sie hinlänglich. Schönlein erkannte zuerst einen Pilz um die Haarwurzeln; Remak und Gruby haben diesen Pilz genau beschrieben. Letzterer hat ihn Achorion Schoenleinii genannt. Dieser Pilz, dessen Beschreibung wir hier übergehen, erzeugt sich

zuerst zwischen den Schichten des Epitheliums dicht an der Mündung des Haarfollikels; von diesem Punkte soll er sich abwärts zwischen Haar und dessen Kapsel erstrecken und dann wieder aufwärts und selbst bis in das Haar hinein wuchern. Der Haarfollikel wird gereizt, sondert stärker ab und diese stärkere Absonderung und Verbindung mit den abgestossenen Pilzbildungen erzeugen die eigentlichen Favuskrusten.

2) Tinea tonsurans. Diese Form, von Willan und Bateman und von Thomson Porrigo scutulata, von Biett und Cazenave Herpes tonsurans, von Wilson Trichinosis furfuracea genannt und sehr oft mit Herpes circinatus verwechselt, bedarf einer kurzen Schilderung. Sie charakterisirt sich auf folgende Weise: an der behaarten Kopfhaut sieht man auf einer oder mehreren kreisrunden Stellen das Haar missfarbig werden, so dass es wie halbgebleichter Hanf aussieht und bisweilen auch wie kleine steife Dochte aus solchem Hanfe sich zusammenballt; dabei ist das Haar überaus brüchig, so dass es nicht selten kurz oberhalb der Haut abbricht und man nur kreisrunde, mit kleinen missfarbigen Borsten besetzte Stellen erblickt, die sich auffallend von der übrigen Kopfhaut unterscheiden. Dünne, weisse, pulverige Schuppen bedecken die Haut zwischen diesen Borsten. Schorfe sind nicht vorhanden; solche bilden sich nur, wenn die Stellen aufgekratzt oder mit unpassenden, reizenden Mitteln behandelt worden sind und Entzündung erzeugt ist. — Die dieser Form zum Grunde liegende Pilzbildung unterscheidet sich von der vorigen, ist Trichophyton tonsurans genannt worden und von Bazin und Robin genau beschrieben. Nach Bazin ist der primäre Sitz dieses mikroskopischen Pilzes die Wurzel des Haares; von da wächst er in die Substanz des Haares hinein und selbst nach aussen auf die Haut zwischen den Haaren, wodurch sich zugleich mit epidermatischen Schuppen das staubige mehlige Pulver bildet.

3) Tinea decalvans, von Willan und Bateman Porrigo decalvans, von Cazenave und Biett Vitilige capitis genannt, charakterisirt sich dadurch, dass stellenweise das Haar ausfällt und vollkommen kahle, glatte, kreisrunde Stellen auf der Kopfhaut zurücklässt. Schorfe bilden sich hier eben so wenig, als der mehlige Staub. Stossen mehrere Stellen an einander, so bildet sich ein grosser kahler Fleck, an dessen Gränzen man noch die Kreisform der einzelnen Stellen erkennt. Der mikroskopische Pilz, der hier gefunden worden, ist wieder ein anderer

und von Gruby und Robin genau beschrieben; man hat ihn Microsporon Audouini genannt. Der Sitz dieses Parasiten ist die Aussenseite des Haares an seiner Wurzel; von da erstreckt er sich auf die Haut, umgibt das Haar an seinem Ursprunge wie mit einem Filze und hebt es hervor, so dass es abfällt.

4) Tinea sycosa, von den Autoren Sycosis oder Mentagra genannt, charakterisirt sich durch Entzündung der Haarfollikeln und kommt vorzugsweise im Barthaare, bisweilen aber auch auf der behaarten Kopfhaut vor. Die entzündeten Follikeln füllen sich mit einem eiterigen Serum an, welches die Haarzwiebel umgibt und entweder sich verhärtet oder die Form einer Pustel annimmt, aufbricht und mit einem dünnen bräunlichen Scherfe sich bedeckt. Hier ist ebenfalls ein mikroskopischer Pilz als Ursache entdeckt, von den vorhin angegebenen unterschieden und Microsporon mentagrophytes genannt worden. Dieser Pilz hat seinen Sitz innerhalb des Haarfollikels zwischen dem Haare und der Kapsel.

Was das ätiologische Verhältniss dieser parasitischen Pflanzen betrifft, so scheint es, dass die Keime oder Sporen in Form eines unbemerkbaren Staubes sich in die Luft verbreiten und dort sich ansetzen, wo sie einen geeigneten Boden finden. Darauf beruht wahrscheinlich die Ansteckungsfähigkeit des Erbgrindes. Nicht jede Kopfhaut scheint für die Aufnahme der Keime empfänglich zu sein; es ist dazu besonders die Kopfhaut ungesunder, skrofulöser, unreinlich gehaltener Kinder empfänglich, aber auch ganz gesunde Kinder bleiben nicht immer frei davon. Es ist der Fall vorgekommen, dass in einer Schule, wo ein Kind mit Tinea tonsurans behaftet war, bald alle Kinder daran zu leiden hatten.

Was nun die Behandlung anlangt, so ist es bei allen diesen vier Arten die Hauptsache, die Pilze und ihre Keime zu tödten, dann die Reinlichkeit zu fördern und den allgemeinen Gesundheitszustand, wo dazu eine Nothwendigkeit sich zeigt, zu verbessern. Es gibt gewisse Mittel, die man Parasiticiden nennen könnte. Dazu gehört Arsenik, Sublimat, rother Präzipitat, aber diese Mittel sind zu gefährlich, wenn sie auf grosse Strecken oder anhaltend angewendet werden. Essigsaures Kupfer ist auch empfohlen worden, aber dieses erscheint nicht kräftig genug, um auch die Sporen zu ertödten. Es muss überhaupt ein solches Mittel gewählt werden, von dem man auch sicher ist, dass es ins Innere der Haarbälge und der Haarwur-

sein eindringt. Bazin will das Ausziehen des kranken Haares und dann Anwendung von passenden Salben. Der bekannte Chemiker Graham in London empfahl das Acidum sulphurosum als ganz besonders wirksam zur Ertödtung parasitischer Pflanzen und mit sehr grossem Erfolge wendet Jenner in London dieses Mittel gegen die Tineaformen an. Er lässt einen Strom des schwefligsauren Gases in Wasser eintreiben, bis letzteres damit saturirt ist. Von diesem Wasser nimmt er zwei Unzen, mischt es mit 6 Unzen destillirten Wassers und lässt damit getränkte Kompressen auf die kranken Stellen auflegen und Wachstaffent darüber decken. Die Stellen werden bald bräunlich; die braunen Krusten lösen sich und mit ihnen fällt das kranke Haar aus. Die Heilung ist definitiv.

Ueber eine Scharlachepidemie unter der Mannschaft der englischen Kriegsschiffe Agamemnon und Odin im Jahre 1853.

Diese Epidemie, über welche in der London medical Times vom 20. Aug. 1853 Hr. Dr. Richardsen, Inspektor der brittischen Marinespitäler, Bericht abstattet, bot viele sehr interessante Züge dar und verdient daher wohl einer besonderen Erwähnung in diesem Journale. Was den Agamemnon, ein Schraubendampfschiff, betrifft, so lag er bei Sheerness an der Mündung der Medway und seine Mannschaft bestand vorzugsweise aus zusammengerafften oder freiwillig eingetretenen Matrosen von Kauffahrern. Die Mehrzahl dieser Matrosen waren gerade nicht die kräftigsten Menschen, sondern theils, weil sie lange keinen Dienst gehabt haben, abgemagerte Subjekte, theils in der That zu indolent und kränklich, um den fortwährend Anstrengung erfordernden Dienst auf Kauffartheischiffen nicht überdrüssig zu haben. Diejenigen von ihnen, die sich freiwillig zum Dienste auf dem Agamemnon gemeldet hatten, rechneten darauf, dass das Schiff lange ruhig stationirt bleiben und sie nicht viel zu thun haben werden und wussten bei ihrer Aufnahme Kränklichkeit und Schwäche zu verbergen. Der Agamemnon lag auch wirklich bei Sheerness vom 6. Oktober 1852 bis zum 9. Februar 1853 und die Matrosen hatten mehrentheils ihre Weiber und Kinder an Bord. Es herrschte fortwährend kaltes feuchtes Wetter. Am

27. Januar erkrankte zuerst ein Offizier der Wache mit lebhaftem Fieber und als er am 30. ins Hospital an Land gebracht wurde, kam die Scharlacheruption zum Vorscheine. Der nächste Scharlachkranke war ebenfalls ein Wachoffizier, dann folgte ein Matrose, dann mehrere Midshipmen und darauf verbreitete sich die Krankheit unter die Schiffssoldaten. In noch nicht 11 Tagen waren 25 vom Scharlach ergriffen und ans Land ins Hospital geschickt, wo schon 30 von der Bemannung mit anderen Krankheiten behaftet lagen. Als der Agamemnon am 9. Februar die Station verliess, hatte er 685 Mann und 12 Frauen an Bord; er ankerte am 10. bei Spithead und am 11. mussten 5 und am 13. noch 24 Scharlachkranke nach Haslar ins Hospital geschickt werden. Alle noch übrigen Leute fühlten sich mehr oder minder krank. Hr. Richardson wurde nun auf das Fahrzeug geschickt, um zu sehen, was gegen die Epidemie zu thun sei. Da die Schlafstellen auf einem Schiffe nur einen verhältnissmässig engen Raum einnehmen können und dicht bei einander liegen, so kam es vor allen Dingen darauf an, die Schlafräume, Kojen und Hängematten durch und durch zu lüften, um sie vom Kontagium zu befreien. Bricht in einer Schule das Scharlach oder irgend eine andere böse ansteckende Krankheit aus, so räumt man das Haus und zerstreut die Kinder in ihre Heimath. Die Matrosen und Soldaten eines Kriegsschiffes können aber nicht gleich entfernt und zerstreut werden, theils weil sie nicht mit den nöthigen Mitteln versehen sind, theils weil ihre Heimath oft sehr weit abliegt und endlich weil sie selbst in der Heimath gänzlich fremd geworden sind und aller Pflege entbehren würden. Auch konnte man wohl nicht gut es verantworten, so viele den Keim eines bösartigen Scharlachs in sich tragende Menschen innerhalb der Bevölkerung zu verbreiten. Es wurde daher ein Hulk (abgetackelter Schiffsrumpf), der Camperdowe, ein geräumiger Dreidecker, zur Aufnahme der Mannschaft, die nach Entfernung von 153 Scharlachkranken und 14 anderen Kranken, am Ende des Monates noch aus 555 Köpfen bestand, eingerichtet. Nur eine geringe Anzahl der letzteren blieb zurück und alle erhielten 17 Tage lang Belladonna als Prophylacticum; sechs Tage später jedoch wurden noch 126 Scharlachkranke in das Hospital ans Land gebracht. Dieses Hospital, das zwar Raum genug hatte, war aber doch für den gewöhnlichen Bedarf eingerichtet und es mussten daher für die Aufnahme einer so bedeutenden Anzahl von Kranken

von allen Seiten eiserne Bettstellen herbeigeholt werden. Sehr bald war es auch möglich, in diesem Hospitale abgesonderte Säle zur Aufnahme von noch 178 Mann, die zwar noch nicht das Scharlach hatten, aber mehr oder minder verdächtige Erscheinungen darboten und sich auf dem Hulk unter der übrigen gesunden Mannschaft befanden, einzurichten. Es blieben nun nur noch 240 Mann, meistens Offiziere, auf dem Hulk zurück und dafür wurden noch mehrere ganz gesunde Leute vom Agamemnon hinüber gebracht. Auf diesem Schiffe wurden nur so wenig Mann behalten, als absolut zur Bewachung desselben nothwendig waren; dann wurde dieses Fahrzeug von allen Gegenständen geräumt und durch und durch mit Chlor geräuchert, das mittelst Guttapercha-Röhren überall bis in die kleinsten Winkel hereingeleitet wurde. Hierauf wurden die Wände aller Räume, die Böden und Decken mit einer kräftigen Auflösung von Chlorzink gewaschen und dann mit Seifenwasser gescheuert. Die Kleidung und Wäsche der Mannschaft wurde mit Chlorauflösung besprengt und im Desinfektionsofen einer das Kontagium zerstörenden trockenen Hitze ausgesetzt. Nach Allem endlich wurden ganz neue Lagerstätten und Hängematten angeschafft.

Jeder zur Beobachtung ins Hospital gesendete Mann bekam zuerst ein kräftiges Seifenbad; seine Kleidung und Bettzeug wurden 12 Stunden lang in eine kräftige Auflösung von Chlorzink gelegt und dann mit Lauge und Seife gewaschen. Die Haarmatrazen wurden aufgerissen und so behandelt wie die Kleidungsstücke. Dann wurde Alles lange Zeit der freien Luft ausgesetzt. — Von den 178 zur Beobachtung gestellten Verdächtigen erkrankten späterhin noch 31 am Scharlach; die übrigen blieben verschont. Die Durchräucherung und Waschung des Agamemnon geschah in den ersten Tagen des März und alle Räume blieben dem Luftzuge preisgegeben bis zum 2. April; in dieser Zeit kamen eine Masse Arbeiter auf das Fahrzeug, um dasselbe im Innern wieder frisch einzurichten oder anzutünchen und da von allen Diesen keiner mehr erkrankte, so wurde das Schiff für vollkommen klar angesehen und am 4. April wurden 102 Genesene, von denen die meisten über einen Monat krank gewesen waren, daselbst wieder einquartiert.

Sehr viele von diesen waren anfänglich nur leicht ergriffen gewesen; mehrere behaupteten sogar, ausser der Scharlacheruption auf der Kutis und der geringen Halsaffektion nichts weiter ge-

habt zu haben; sie fühlten sich so wohl, dass sie tagtäglich zu ihrem Schiffe zurückverlangten. Am 4. April erlitt einer von den zurückgekommenen Konvaleszenten einen Rippenbruch und wurde desshalb in das Hospital zurückgeschickt, wo er von Neuem eine rothe Effloreszenz auf der Haut und eine Röthung im Inneren des Rachens bekam. Am 5. April kamen die Konvaleszenten, die bei Sheerness in das Hospital gebracht worden waren, wo sie zwei Monate gelegen hatten, auf dem Agamemnon an; bei der Ueberfahrt war einer von ihnen über Bord gefallen, hatte sich dadurch eine Pneumonie zugezogen und wurde ebenfalls wieder ans Land in das Hospital geschickt; dort zeigte er auch von Neuem wieder eine leichte rosenartige Effloreszenz auf der Kutis und in den Fauces. Am 9. mussten 11 Mann von den Konvaleszenten mit einem leichten Rezidiv des Scharlachs in das Hospital zurückgeschickt werden; bei einigen war die Eruption eben so lebhaft wie das erste Mal; dazu kam noch ein Mann, der das Scharlach früher nicht gehabt hatte und es jetzt zuerst bekam. Das Wetter war zu dieser Zeit kalt und feucht und auch von den im Hospitale noch gebliebenen Konvaleszenten bekamen viele das Scharlach zum zweiten Male. Einige von den Kranken bekamen Wechselfieber und es war im Anfange nicht leicht, diese Anfälle von denen des Scharlachs zu unterscheiden, da diese auch mit Frösteln und Hitze bisweilen den Anfang machen. Im Ganzen gab es unter den 102 an Bord zurückgekehrten Konvaleszenten 18 Rückfällige, die wieder weggeschickt wurden; ein Mann wurde in die Heimath beurlaubt und bekam dort, aber erst vier Wochen nachher, einen sehr heftigen Rückfall. Der letzte Genesene kam am 23. April auf das Schiff.

Da die meisten der Genesenen noch sehr angegriffen erschienen, so wurde nach Aufnahme aller übrigen Mannschaft der Agamemnon nach Lissabon gesendet, wohin er am 8. Mai abging, um den wohlthätigen Einfluss eines wärmeren Klima's wirken zu lassen, das beim Odin, einem anderen Kriegsschiffe, das unter ähnlichen Umständen gelitten hatte, sich so wohlthätig erwies.

Der Odin, ebenfalls ein Schrauben-Dampfer von geringerer Grösse als der Agamemnon und also auch von geringerer Bemannung, war ebenso heimgesucht worden. Als der Agamemnon von Sheerness nach Spithead ging und sich dort vor Anker legte, hatte gleich Anfangs zwischen der Mannschaft beider Schiffe einiger Verkehr stattgefunden. Am 4. April wurde vom Odin ein

Mann wegen Influenza ins Hospital gesendet, wo er bald alle charakteristischen Zeichen des Scharlachs darbot. Am siebenten April wurden 3, am achten 6, am neunten 10 und am eilften 29 mit derselben Krankheit in das Hospital ans Land gebracht. Von den ersten Scharlachkranken waren in der That mehrere an Influenza erkrankt, hatten aber kein Symptom von Scharlach. Nachdem der Odin alle kranken und verdächtigen Leute abgegeben hat, lichtet er auf Befehl der Admiralität den Anker und segelte nach Portugal. In dem Maasse, wie das Schiff in offene See kam und einem wärmeren Klima sich näherte, besserte sich der Gesundheitszustand der Mannschaft und es kam kein Erkrankungsfall mehr vor.

Im Allgemeinen zeigte auf den beiden genannten Schiffen das Scharlach einen etwas heimtückischen Charakter. Die ersten Erscheinungen waren so unbedeutend und die Eruption kam so leicht hervor, dass die Ergriffenen sich gar nicht für krank hielten, aber der spätere Verlauf war in diesen Fällen eben so ernsthaft, als da, wo gleich von Anfang an die Krankheit sehr entschieden auftrat. Bei Vielen begann die Krankheit mit einem sehr heftigen Frostschauer, worauf lebhafte Hitze folgte; bei Einigen zeigte sich im Anfange dumpfer Kopfschmerz, bei Anderen Bewusstlosigkeit und eine Art Kollapsus. Dann kam die Eruption zum Vorscheine, die aber von sehr verschiedener Intensität war, bei Einigen blassrosa, bei Anderen wirklich scharlachroth. Vorn auf der Brust, auf dem Rücken der Hände, am Faustgelenke, auf den Beinen war der Ausschlag gewöhnlich am lebhaftesten; auf Gesicht und Bauch war er am wenigsten zu bemerken. Durchschnittlich blieb der Ausschlag drei Tage stehen; manchmal war er schon nach einem Tage verschwunden, manchmal stand er etwas länger. War das Fieber durch irgend eine innere Entzündung unterhalten, so verschwand der Ausschlag und kam dann und wann wieder. Abschuppung trat zwischen dem 4. und 9. Tage ein, war aber in den meisten Fällen kleienartig und bisweilen mit Zucken begleitet. In 3 oder 4 Fällen stellte sich Oedem ein. Röthe der Fauces war konstant mehr oder minder verbreitet und oft mit Aphthen begleitet, die Zunge bot fast immer das eigenthümliche Ansehen, wie sie gewöhnlich beim Scharlach sich zu zeigen pflegt. Dieses Erythem im Inneren des Rachens war das hartnäckigste und dauernste Symptom; es bestand bisweilen Wochen lang, nachdem schon das Fieber ganz geschwunden war;

allein es machte den Kranken wenig Beschwerde. Ein sehr gewöhnliches Symptom war Husten, jedoch ohne Auswurf und anscheinend blos durch das Erythem im Halse erzeugt. Das Fieber dauerte bisweilen nur einen Tag, bisweilen etwas länger; immer war es mässig und von kurzer Dauer. — Am Scharlach selber starb Keiner. Einige Wenige starben an Phthisis, an Pneumonie oder anderen zufälligen Komplikationen. — Für die ausserordentliche Kontagiosität der Krankheit gab er sehr entschiedene und durchaus unzweifelhafte Beweise. — Die Behandlung war in allen Fällen überaus einfach.

Ueber die Anwendung des Brechweinsteines bei der Nephritis scarlatinosa.

Früher hat man die Scharlachwassersucht für die Folge eines allgemein entzündlichen Zustandes gehalten, der durch Erkältung herbeigeführt sei. Demgemäss hielt man Aderlässe und kräftige Diuretica für angezeigt. Dieses Verfahren hat sich häufig sehr unglücklich erwiesen. Erst mit der Kenntniss der Bright'schen Nierenaffektion kam man allmählig über das Wesen der Scharlachwassersucht zu einem richtigen Urtheile. Graves richtete die Aufmerksamkeit auf die albuminöse Beschaffenheit bei diesem Hydrops, hielt aber auch noch einen eigenthümlichen allgemeinen Entzündungszustand für mitwirkend und rieth zu Aderlässen, Nitrum, Purganzen und Digitalis. Addison, Barlow, Johnson, besonders aber deutsche Aerzte, haben die Behandlung rationeller zu begründen verstanden. „Allgemeine Blutentziehung, sagt Dr. D. Nelson in Birmingham (Lancet, 22. Oct.), mag in manchen Fällen sich recht wohlthätig erweisen, da man einen entzündlichen oder kongestiven Zustand der Nieren anerkennen muss, aber, wenn nicht eine ganz besondere Indikation dazu drängt, muss man zu allgemeinen Blutentziehungen nicht seine Zuflucht nehmen; es reichen selbst bei sehr deutlichen Symptomen einer vorhandenen Entzündung örtliche Blutentziehungen vollkommen aus, eben weil die lokale Entzündung nicht von einem Uebermaasse von Blut oder einer zu grossen Faserstoffbildung in demselben abhängt, sondern von seiner ungleichen Vertheilung. Der Blutentziehung muss man sich aber ganz enthalten, wenn

eine lange und angreifende Krankheit vorangegangen ist; — besonders wenn die Kranken jugendlichen Alters sind, wie es doch beim Scharlach meistens der Fall ist." Herr Nelson glaubt, dass es bei der Scharlachwassersucht und der damit verbundenen oder ihr zum Grunde liegenden Nephritis vorzugsweise darauf ankomme, die Hyperämie der Nieren und anderer innerer Organe und die dadurch herbeigeführte Reizung und Entzündung zu beseitigen. Dazu ist, wie er behauptet, der Brechweinstein das beste Mittel, da er zugleich den Puls verlangsamt, diaphoretisch und diuretisch wirkt. Hr. Nelson erzählt einige Fälle, die die gute Wirkung des genannten Mittels darthun. 1) Ein 7 bis 8 Jahre altes Mädchen hatte erst vor Kurzem das Scharlach überstanden; es hatte aber einen stinkenden, eiterigen Ausfluss aus dem rechten Ohre behalten und klagte über einen dumpfen Schmerz im Hinterkopfe. Es hatte ferner Hitze, Fieber, eine belegte Zunge, eine trockene, rauhe, schabige Haut, erweiterte Pupillen und gelegentlich Schmerzen in den Lumbargegenden. Dabei Verstopfung, Oedem des Antlitzes und der Knöchelgegend; der Urin war sehr sparsam, mit Albumen, Fibrinzylindern und harnsauren Salzen überladen. Die Kleine bekam alle drei Stunden: $^1/_4$ Gran Brechweinstein mit 5 Tropfen Opiumtinktur, 8 Tropfen Bilsenkrauttinktur und 1 Drachme einfachen Syrups. Jeden Morgen erhielt sie ausserdem einen Theelöffel voll Rizinusöl und wegen des Kopfschmerzes und Ohrenflusses wurde ihr ein Blasenpflaster in den Nacken gelegt. Schon nach 4 Tagen zeigte sich eine entschiedene Besserung in den hydropischen und renalen Erscheinungen und im Fieber; nur das Kopfleiden war noch unverändert. Nach abermals 4 Tagen war der Urin ganz normal; das Oedem und die Erweiterung der Pupillen war ganz beseitigt; die Zunge war rein und die Haut rein und kühl. Nichts blieb zurück als der Ausfluss aus dem Ohre und der dumpfe Schmerz im Hinterkopfe; diese Erscheinungen wurden erst später durch wiederholte Anwendung von Blutegeln und Blasenpflastern und durch den kräftigen Gebrauch des Jodkaliums beseitigt. — 2) Ein 9 Jahre alter Knabe, vor Kurzem scharlachkrank, sah sehr elend und abgemagert aus; die Augen eingesunken, mit verengerten Pupillen; die Zähne mit Schmutz bedeckt, die Zunge braun belegt, die Haut heiss und rauh. Der Knabe war schlafsüchtig und doch sehr reizbar und klagte über Schmerzen in den Lum-

bargegenden; die Beine bis fast zum Knie geschwollen und das Antlitz am Morgen gedunsen. Der Urin war so sehr mit Albumen, Fibrinzylindern, Epitheliumtrümmern und Blutkügelchen überladen, dass er wie Fleischwasser aussah. Verordnet: 4 Blutegel in die Lumbargegenden, dann ein Belladonnapflaster; innerlich ganz dieselbe Dosis und Mischung des Brechweinsteines wie im ersten Falle, nur zweistündlich statt dreistündlich. Nach vier Tagen befand sich der Knabe in einem solchen Zustande von Prostration, dass man ihn für verloren erachten konnte. Da seit 2—3 Tagen trotz Rizinusöl und Senna keine Leibesöffnung erfolgt war, so mass Hr. N. dem Opium die Schuld bei und leitete davon den Sopor und die scheinbare Prostration ab. Er gab daher den Brechweinstein allein in Syrup und gleich darauf ein Klystir aus Rizinusöl mit Terpentinöl, Glaubersalz und Kochsalz bereitet. Kaum hatten diese Mittel kräftig gewirkt, so war der Knabe vollkommen munter und lebendig. Unter dem Fortgebrauche der Klystire und des innerlich gereichten Brechweinsteines mit vorsichtigem Zusatze von Opium und Hyoscyamus wurde das Kind vollständig hergestellt. — Zur Nachkur bekam er Eisen und Leberthran. — 3) J. B., ein 4 Jahre alter Knabe, hatte ganz vor Kurzem das Scharlach gehabt. Jetzt fieberte es, seine Zunge war belegt und etwas bräunlich und die Haut war trocken und rauh; er war schläfrig und reizbar zugleich und hatte einen quälenden Husten. Die Pupillen erweitert, die Füsse und Hände ödematös, der Urin mit Albumen, Epitheliumtrümmern, Fibrinzylindern, Uratkrystallen (harnsauren Salzen) überladen. Verordnet: Rizinusöl jeden Morgen, dann alle 2 Stunden eine Mischung aus $^{1}/_{8}$ Gran Brechweinstein, $1^{1}/_{2}$ Tropfen Opiumtinktur, 5 Tropfen Hyoscyamustinktur und 2 Tropfen Tinct. Opii camphorat. Nach 8 Tagen war der Urin normal und Hydrops, Husten und alle übrigen Symptome waren entweder verschwunden oder im Verschwinden begriffen. Zur Nachkur bekam der Knabe 5 Tropfen Tinct. Ferri muriatic. in Syrup, dreimal täglich, nach der Mahlzeit. — 4) Ein 5 Jahre altes Mädchen bekam nach eben überstandenem Scharlach eine wassersüchtige Anschwellung der Beine; dabei lebhaftes Fieber und ein grämliches, ältliches Aussehen. Die Zunge geschwollen und etwas belegt; die Pupillen erweitert; Schläfrigkeit und Verdrüsslichkeit machten sich bemerkbar. Der Urin sparsam, mit Albumen, Fibrinzylindern und Uratkrystallen

überladen. Die Kleine bekam alle drei Stunden die im 1. und 2. Falle angeführte Mischung von Brechweinstein mit Opium, nur dass hier noch 4 Tropfen Vinum semen. Colchici zugesetzt wurden. Nach 4 Tagen war in allen Symptomen bedeutende Besserung eingetreten und der Urin reichlicher geworden. Jetzt klagte aber die Kleine über Schmerzen im Kreuze und in den Lumbargegenden und es wurde hier ein Belladonnapflaster gelegt. Nach 8 Tage später war das Kind vollkommen hergestellt, aber litt an grosser Schwäche, wogegen die salzsaure Eisentinktur sich vortrefflich erwies. — 5) Ein 6jähriges Mädchen hatte nach eben überstandenem Scharlach ebenfalls hydropische Anschwellung der Beine. Das Kind war bleich, fiebernd und reizbar; das Antlitz hatte einen sehr leidenden Ausdruck. Der Urin wie in den vorigen Fällen; auch die Lungen erschienen ödematös. Die Symptome waren quälender Husten ohne Auswurf, allgemeiner matter Perkussionston, ohne das gewöhnliche feuchte Rasseln. Verordnet: Senfteige auf die Brust; innerlich alle 2—3 Stunden die erwähnte Mischung von $^1/_4$ Gran Brechweinstein, Opiumtinktur 3 Tropfen, kampherhaltige Opiumtinktur auch 3 Tropfen, Hyoscyamustinktur 5 Tropfen und Syrup 1 Drachme; ausserdem jeden Morgen eine Dosis Rizinusöl. Nach 4 Tagen waren Fieber, Hydrops und Harnsekretion bedeutend gebessert, jedoch blieb der Husten noch sehr quälend. Es wurde ein Blasenpflaster auf die Brust gelegt und die Medizin weiter gegeben. Nach 8 Tagen waren alle Renalsymptome beseitigt und der Husten leicht und lose, der Perkussionston tönender und das Athmungsgeräusch pueriler. Am 12. Tage begann die Kleine den Gebrauch der Tonika und wurde vollkommen hergestellt. — 6) Ein 10jähriges Mädchen bekam nach kürzlich überstandenem Scharlach bedeutende hydropische Anschwellung der Beine, zeigte ein bleiches, kränkliches Aussehen, eine belegte Zunge, erweiterte Pupillen, klagte über Schmerzen im Kreuze und hatte einen sparsamen mit Albumen, Fibrinzylindern, Epitheliumtrümmern und Uratkrystallen überladenen Urin. Verordnet ein Belladonnapflaster auf Kreuz und Lumbargegenden, innerlich alle 2—3 Stunden eine Mischung aus $^1/_4$ Gran Brechweinstein, 6 Tropfen Opiumtinktur, 12 Tropfen Hyoscyamustinktur, 8 Tropfen Colchicumwein und 2 Drachmen einfachen Syrups. Nach achttägigem Gebrauche war der Hydrops gänzlich verschwunden, der Urin reichlicher und besser und ent-

hielt nur noch einen Ueberfluss von Uraten. Wenige Tage später war das Kind schon so weit, dass es Tonica nehmen konnte, wodurch es gänzlich hergestellt wurde.

Beiträge zur Lehre vom Keuchhusten der Kinder.

Einen interessanten Aufsatz über den Keuchhusten der Kinder von dem sehr geschätzten Hrn. Dr. Friedleben in Frankfurt a. M. enthält das Vierordt'sche Archiv für physiolog. Heilkunde (12. Jahrg. 4. Heft). Er beginnt mit der Statistik des Keuchhustens, die er theilweise selber mühsam zusammengestellt, theils von anderen Autoren entnommen hat und kommt zu dem Schlusse: „dass der Keuchhusten keine so unschuldige Krankheit ist, wie es wohl manche Aerzte von ihrem isolirten Standpunkte aus glauben möchten, nur wie es selbst manche Schriftsteller nach der vielfach beliebten Trennung in einfachen und komplizirten Keuchhusten und nach den gerade von ihnen beobachteten Epidemieen zu folgern geneigt sind; so in neuerer Zeit z. B. Kronenberg, Rilliet und Barthez, Bouchut u. A. Hingegen haben schon viele frühere Beobachter auf die Gefährlichkeit der Krankheit aufmerksam gemacht; schon der alte Brendel 1747 (Progr. de tussi convulsiva stricius agens, Götting. 1747 in Ejusd. Opusc. part. I. p. 162), in neuerer Zeit aber Haase (die chron. Krankh.), J. Frank, Rösch (Würtemb. Korrespondenzblatt VIII. 28 u. 29) und ganz besonders Schneider (Heidelb. mediz. Annalen 1842 VIII.) und Zeroni (ebendas. 1836 II.)." — Dann gibt Hr. Fr. die sehr ins Einzelne gehende Geschichte von 20 am Keuchhusten verstorbenen Kindern, welche er vom Frühlinge 1847 bis Oktober 1852 zu seziren Gelegenheit gehabt hat. Wir können hier natürlich nur die Resultate dieser interessanten Untersuchungen anführen. „Ueberschauen wir, sagt Hr. Fr., die Ergebnisse der mitgetheilten 20 Sektionen. Konstante Veränderungen finden sich in dem Systeme der Respirationsorgane; die Veränderungen in anderen Organen zeigen sich variabel je nach der Natur, dem Verlaufe, der Zeitdauer des Einzelfalles. In den Respirationsorganen selbst begegnen wir Veränderungen, von denen wir mit der absolutesten Gewissheit bestimmen können, dass

sie Keuchhusten niemals erzeugen, sondern nur zufällige Befunde (Komplikationen) sind; dahin gehören die verschiedenen Stadien pneumonischer und pleuritischer Exsudate. Andere Veränderungen deuten unwiderleglich auf sekundäres Entstehen, sei es nun durch den Keuchhusten und seine Veränderungen, sei es durch Komplikationen bewirkt; daher das Oedem der Lunge, das Emphysem, die Bronchialerweiterung, noch andere deuten auf Nachkrankheiten, dahin die Tuberkulose.“ Demnach unterscheidet Hr. Fr.: 1) konstante, 2) zufällige oder durch Komplikationen bewirkte, 3) sekundäre und 4) durch Nachkrankheiten herbeigeführte Veränderungen.

1) Konstante Veränderungen sind gewesen: katarrhalisch-entzündliche Affektion der Bronchialschleimhaut und deren Folgezustände; lobuläre Verdichtungen (Hyperämieen) des Lungengewebes mit erweiterten Bronchiolen, Schwellung der Bronchial- und der Trachealdrüsen, dazu noch in den intensiven Fällen Veränderungen des Neurilems der Vagusbahnen.

2) Komplikativveränderungen: Pneumonische Veränderungen, unterscheidbar von den eigenthümlichen Keuchhustenhyperämieen der Lungen und Pleuritis,

3) Konsekutivveränderungen, theils durch die vom Keuchhusten selbst hervorgerufenen Zustände, theils durch die damit sich verbindenden Komplikationen mit herbeigeführt, sind Oedem und Emphysem der Lungen und Bronchialerweiterung, endlich

4) Durch Nachkrankheiten herbeigeführte Veränderungen. Hier ist besonders die Tuberkulose und zwar vorzugsweise die Bronchialdrüsentuberkulose zu nennen.

Die Veränderungen, die Hr. Fr. im Gehirne, im Digestionsapparate und im Herzen und den grossen Gefässen gefunden hat, haben nichts Charakteristisches. — Zur Darstellung des Wesens des Keuchhustens bemerkt Hr. Fr. ganz richtig, dass das, was die Pathologie noch bis zur Stunde und vermuthlich auch noch fernerhin als Keuchhusten beschreibt, nur die Summe, nur der Komplex von bestimmten Symptomen ist, denen auch eine Summe, ein Komplex von Veränderungen und Alterationen bestimmter Organentheile entspricht. Was ist aber der erste Grund oder das Wesen dieses Komplexes? Um diese Frage zu beantworten, stellt Hr. Fr. erst die verschiedenen Formen des Keuchhustens neben einander, er nimmt 2 Formen an: die eine Form

nennt er die spasmodische, die andere Form die paralytische. Der spasmodische Keuchhusten ist der am häufigsten vorkommende, namentlich bei älteren Kindern, der gewöhnlich mit Katarrh beginnt und allmählig in den reinen mit Inspirationskrampf verbundenen Keuchhusten übergeht. Diese erste Form verhält sich nach Hrn. Fr. zur anderen Form, wie der sogenannte Pseudokrup zum ächten Krup. Auch diese andere Form beginnt mit Katarrh, aber die katarrhalische Affektion ist tiefer, fieberhafter, ernster und bezeugt von vornherein eine intensivere Erkrankung der Bronchialschleimhaut. Wir wollen hier zur Schilderung dieser zweiten Form die Worte des Hrn. Fr. anführen: „Längere Zeit (selten so kurz wie in der ersten Form) zieht sich der Zeitraum einfach katarrhalischer Reizung hin. Allmählig nur tritt auch hier der eigenthümliche Keuchhustenton ein; eine Inspiration zeigt je zuweilen ein Dehnen, einen ziechenden pfeifend-schrillenden Ton, wobei eine blasse Gedunsenheit des Gesichtes bemerkbar wird, die einer schwammigen Röthe zu weichen bestimmt ist. In zunehmendem Maasse vermehrt sich die Zahl solcher Inspirationen nach den heftigen ermüdenden Hustenexspirationen und in gleichem Schritte wächst ihre Intensität; ein reichliches trocken und feucht gemischtes Schleimknarren zeigt auch jetzt noch das Stethoskop als untrügliches Zeichen noch fortbestehenden Katarrhs der Bronchialschleimhaut, der sich nun bis zur wahren Bronchitis steigern kann; das normale Inspirationsgeräusch der Lungen wird weniger stark entwickelt, besonders schwach ist es in der Regel in den oberen hinteren Partieen, zumal der rechten Lunge. Die nun häufig und heftig einkehrenden ausgebildeten Anfälle, mit grosser Athemnoth bei den Husteninspirationen, scheinen Erstickung zu drohen und das gedunsene, bis zum Oedem manchmal gewulstete Antlitz verräth ein tiefes Leiden des Organismus; in diesen langgedehnten angstvollen Inspirationen, in welchen nicht einmal immer der eigenthümliche Ton sich einstellt, sondern gleichsam durch Luftmangel in der Glottis erstickt zu sein scheint, treten die Augen wie bei einem Erstickenden vor. Die Zunge geräth zuweilen zwischen die Zähne; sie, wie das Gesicht, erscheinen livide, kyanotisch gefärbt; das Respirationsgeräusch besteht in diesem Momente in dem ganzen Thorax nicht; 5, 6, ja 12 solcher Inspirationsversuche mit den zwischenfallenden Hustenexspirationen bilden einen Anfall und die Zahl der letzteren zeigt von

12—20—30, ja bis über 50 in einem Tage. Das ermattete Kind, das sehr oft nicht erbricht, ist auch zwischen den Anfällen nicht recht munter; es legt das Köpfchen auf der Mutter oder Pflegerin Schulter, das Spiel behagt ihm nicht, wie sonst; es trinkt viel, isst auch, jedoch mit sehr wechselndem Appetit; die Gesichtsfarbe, ehedem so blühend, so frisch, wird bleibend blass, nähert sich immer mehr einem kyanotischen Anstriche. Die Respiration wird anhaltend beschleunigt, kürzer; der Puls aufgeregter, kleiner, frequenter, die Haut heisser, trockener; die Auskultation ergibt schon undeutlich rauschende, von fern wie bronchialathmende Stellen, gemischt mit den in grösserer Intensität vorhandenen Rhonchen, und eine genauere Perkussion zeigt einen nicht unbeträchtlich gedämpften Schall. Ein ungeübter, die Veränderungen misskennender Arzt würde hier ohne Zweifel und anscheinend nicht ohne Grund die Komplikation einer Pneumonie diagnostiziren. Das ist es aber nicht; es ist hier nur der Eintritt oder vielmehr die Ausbildung der Lungenhyperämieen, die der Krankheitsform zukommen. Blutunterlaufungen der Konjunktiva, Mund- und Nasenbluten, Blutung aus den Bronchien vermehren jede für sich die Leiden des Kindes; ein dunkeles, schwarzes Blut tritt zu Tage. Unter stetig zunehmendem Fieber, Kurzathmigkeit, Intensität der Anfälle, Bronchialathmen gesellen sich noch (sekundäre) eklamptische Erscheinungen hinzu (Eintritt von Gehirnhyperämieen durch gehemmten Rückfluss des Blutes und nachfolgendes Oedem), — oder der Tod tritt rasch in einem Anfalle ein, oder ein Lungenödem rafft den Kleinen dahin, wenn nicht das Emphysem eine Ruptur schon vorher bewirkt hat. Stets mehrere Wochen dauert auch in den unglücklichen Fällen, die hier nicht selten sind, die Krankheit. Unter 4 Wochen habe ich sie nicht tödtlich gesehen; in anderen günstigen Fällen währt sie 8—10—16 und mehr Wochen; die Gefahr für das Kind ist nicht gehoben bei sich rückbildender Krankheit; denn die Tuberkulose mit allen ihren Schrecknissen findet jetzt noch einen geeigneten Boden."

Ist dieser letzt beschriebene Keuchhusten wirklich als eine besondere Form hinzustellen, oder ist er nicht blos ein höherer Grad der vorigen oder gewöhnlichen Form?

Was nun die Genesis oder das Wesen des Keuchhustens betrifft, so bekennt sich Hr. Fr. zu folgenden Sätzen:

1) Der Husten, welcher durch die katarrhalische Reizung

der Luftwegeschleimhaut bedingt wird, ist nur der Ausdruck der Reizung der Mukosen und der nothwendig als gereizt zu setzenden sensibeln Nervenfasern.

2) Sowohl durch ihren Reflex auf den oberen Laryngealast des Vagus, wenn die katarrhalische Reizung in den Ausbreitungen der Bronchien besteht, oder direkt durch Reizung des sensibeln (inneren) Astes dieses Nerven, wenn der Katarrh die Schleimhaut des Larynx selbst oder der Glottis oder der Rachenhöhle inne hat, mag die spasmodische Kontraktion der Glottismuskeln oder eigentlich die spasmodische Thätigkeit der entsprechenden motorischen Nerven hervorgerufen werden.

3) Der Keuchhustenton ist also nicht blos die Folge der katarrhalischen Reizung der respiratorischen Schleimhaut, sondern der durch Reflex dieser Reizung hervorgerufenen krampfhaften Verengerung oder Verschliessung der Stimmritze.

4) Die mildere oder spasmodische Form des Keuchhustens beruht auf diesem Kausalnexus; in der ersteren Form finden sich aber ausserdem noch die höchst wichtigen Nervenbahnen des Vagus und Recurrens, wenn auch nicht immer materiell verändert, so doch konstant in ihrem Verlaufe von geschwellten Drüsen umlagert, nicht selten in dieselben hineingebettet und die oben genannten Nerven werden dadurch gezerrt und komprimirt.

5) Während es mancherlei mit Katarrh (Bronchitis) verbundene Krankheiten (Masern, Kapillarbronchitis, Tuberkulose) gibt, in welchen durch Reflex der Reizung der Mukosa auf obenerwähnte Nerven der Keuchhustenton herbeigeführt werden kann, können andererseits Anschwellungen der Bronchialdrüsen in den Leichen gefunden werden, ohne dass im Leben keuchende Inspiration zu bemerken gewesen; in letzterem Falle hatten sich die Nervi vagi und recurrentes aber immer vollkommen frei und ungehindert von den geschwellten Drüsen erwiesen und waren mit ihnen höchstens durch lockeres nachgiebiges Zellgewebe verbunden.

6) Die Anschwellung der Bronchialdrüsen ist sekundär in Folge der Reizung der respiratorischen Schleimhaut und es findet gewiss eine Zu- und Abnahme dieser Anschwellung bei den Keuchhustenanfällen statt. Diese Zu- und Abnahme steht mit der Heftigkeit der Anfälle in geradem Verhältnisse.

7) Die durch die Anschwellung oder Hyperämie der Drüse und ihres umgebenden Zellgewebes führt eine vermehrte Ernährung, zunächst vermehrte Bildung, des letzteren herbei; das

zwischen Drüsen und Nerv liegende Zellgewebe wird fest und derb und das Neurilem der Vagusbahn wird verdickt, aufgewulstet, breit und plattgedrückt.

8) Die betreffenden Nerven haben durch das Anwachsen der Drüsen einen allmählig sich steigernden Druck, der schon während der katarrhalischen Hustenanfälle sich mehrt und durch den gehemmten Rückfluss des Blutstromes in den eigentlichen Keuchhustenanfällen ganz besonders zunimmt, zu erleiden. Mit der Zu- und Abnahme der Drüsen mehrt und mindert sich dieser Druck.

9) Ein Druck auf die Nerven erzeugt jedoch nicht vermehrte, sondern gerade gehemmte Thätigkeit, nicht Spasmus seiner Muskeln, sondern Paralyse; es tritt aber beim Recurrens der eigenthümliche Fall ein, dass Reizung und Druck oder Krampf und Paralyse anscheinend dieselbe Wirkung herbeiführen; denn es erzeugt seine Reizung eine Schliessung der Glottis durch die Zusammenziehungen der Mm. arytaenoidei, während seine Paralyse durch das mechanische (paralytische) Aneinanderfallen der im kindlichen Organismus nach so schlaffen, wenig straffen Stimmbänder bei ohnehin noch enger Athmungsglottis (hinterem Theile der Stimmritze) dasselbe Resultat hat (Hr. Fr. stützt sich hiebei auf Longet).

10) Je häufiger, anhaltender, gehemmter der Druck auf die Bahn des Recurrens sich äussert, desto gefährlicher müssen die Inspirationszufälle in dem erkrankten Kinde sein (z. B. bei der Einbettung des Nerven innerhalb der Drüsenmasse).

11) Folgt der einfachen Hyperämie der Drüse das Exsudat, die Tuberkulose, so tritt entweder der Nerv bei dem Starrwerden des Gewebes, wenn die Exsudation rasch und mit einem Male erfolgt, ausser den Bereich des Druckes; die Drüse ist dann nicht mehr fähig, zu schwellen. Oder aber die Tuberkelumbildung findet langsamer statt, geschieht erst, wie das häufig der Fall ist, in den zentrischen Schichten der Drüse, während die peripheren noch hyperämisch, schwellbar bleiben und neue Zellgewebsvermehrungen setzen; in diesem Falle verbindet sich allmählig der Nerv innig mit der Drüse bis zu der vollendetsten Verschmelzung, so dass eine gesonderte Darstellung in dem Präparate nicht mehr möglich ist, oder bei der folgenden Abszedirung der Tuberkelmasse eine vollkommene Laesio continui der Nervenbahn eintritt.

12) Beide in sich gleiche, aber der Form nach verschiedene

Vorgänge bedingen auch verschiedene Erscheinungen der sich ausbildenden Tuberkulose. Im ersteren Falle wird nach Aufhören der Keuchhustenerscheinungen die Tuberkelkrankheit der Drüsen eben nur die allgemeinen Erscheinungen der Tuberkulose erzeugen und sich allmählig in langsamem Verlaufe mit der Tuberkulose anderer Organe verbinden. Im zweiten Falle hingegen hört der Keuchhusten mit Eintritt der Tuberkelexsudation nicht auf, — er macht nur seltenere, aber intensive Anfälle, besonders des Nachts, mit häufig unterlaufendem einfach bronchitischem Husten. Letztere Fälle führen zuletzt zu vollkommener Heiserkeit, wenn ein Recurrens vorwaltend, — und zu vollkommener Aphonie, wenn beide durch die Tuberkulose beeinträchtigt werden.

13) Es kann aber auch eine Bronchitis, die einer gewöhnlichen Tuberkelbildung der Lungen oder Bronchien selbst vorausgeht und den oberen Theil der Bronchialröhren inne hat, eine Hyperämie der benachbarten Drüsen erzeugen und bei deren zunehmender Schwellung und nachfolgender Beeinträchtigung des Vagus und Recurrens sich mit Keuchhustenton verbinden. „So entstehen, fügt Hr. Fr. hinzu, nicht gar selten in phthisischen Familien sporadische Keuchhusten, welche eine weit schlimmere Prognose zulassen, als die epidemischen."

14) Die Hyperämieen der Lungen bei den am Keuchhusten gestorbenen Kindern sind nicht immer die Folge einer Pneumonie, sondern gewöhnlich eine Folge der Paralyse des Vagus.

Zuletzt wendet sich Hr. Fr. zur Behandlung des Keuchhustens, die er nach den hier ausgesprochenen Ansichten rationell zu begründen sucht. In den beiden Formen des Keuchhustens ist die Behandlung nicht dieselbe. Nur der vorangehende katarrhalische Zustand ist bei den Fällen gleich anzugehen und zwar am besten durch wiederholte Brechmittel wegen ihrer umstimmenden und revulsorischen Wirkung. Dabei ein mässig warmes und selbst gelind diaphoretisches Regimen. Ist Gastrointestinalkatarrh vorhanden, so passen nach den Brechmitteln noch die ausleerenden Mittel. Ist der Keuchhusten aber schon ausgebildet, so ist bei der spasmodischen Form viel von der Naturheilung zu erwarten; ja selbst in der paralytischen Form ist durch die Natur allein die Krankheit beseitigt worden. Das Heilverfahren des Hrn. Fr. schildert er selber mit folgenden Worten: „In allen Fällen von Keuchhusten liess ich mit dem besten Erfolge Abends vor Schlafen-

gehen und zwar täglich ein warmes Bad nehmen, welches ich in der paralytischen Form oder überhaupt auch bei schwächlichen oder gar schon rhachitischen Kindern mit aromatischen Abkochungen versetzen liess; ich nahm hier besonders gern, als ein auch den Aermeren leicht zugängliches Mittel, die Folia Nuc. jugland. In früherer Zeit pflegte ich Vesikatore zwischen die Schulterblätter zu legen (etwa ähnlich, doch weniger grausam, wie Diejenigen, welche das schmerzhafte Ung. Tartar. stibiat. einzureiben empfehlen); wiewohl ich mitunter, doch nicht bei allen, Erleichterung im Husten und in den Anfällen zu finden glaubte, so sah ich doch keine Abkürzung in der Krankheit, wohl aber ein Hinderniss für die Bäder; ich gab desshalb auch die Vesikatore wieder auf. Die warmen Bäder bewirkten, besonders in der ersten Zeit ihrer Anwendung, nicht selten viel ruhigere, nur durch wenige Anfälle gestörte Nächte; doch schien mir dieser Nutzen weniger bedeutend, als der Einfluss, den dieselben auf die Rückbildung der Krankheit äusserten; regelmässig fortgesetzte Bäder, in Verbindung mit adstringenirden oder aromatischen, als gelind erregenden Mitteln beseitigen in 2—3—4 Wochen die spasmodische Form; ich zog nach vielfachen Versuchen mit den verschiedenen Mitteln den Alaun in diesen Fällen vor. Er schien mir hier gerade so nützlich auf die Mukosa der Luftwege einzuwirken, wie in den Fällen von verschlepptem Pseudokrup oder in Verbindung mit Kalomel bei intensiverer Laryngitis.

„Statt des Alaun liess ich in Familien, in welchen nun einmal ein unbesiegbarer Widerwille gegen Medicamina herrschte, mit Nutzen einen Thee aus Fol. Nucum jugland. trinken, der mir auch in verzögertem nachfolgenden Bronchialkatarrh zu passen schien.“

Brechmittel in dem eigentlichen Keuchhustenzeitraume nützen wenig und sind nur mit grösster Vorsicht anzuwenden.

Ganz anders als beim spasmodischen Keuchhusten sind die Indikationen beim paralytischen. „Die warmen Bäder, besonders die aromatischen, schienen mir auch in dieser zweiten Form sehr passend, besonders so lange, als sich noch nicht wesentlich bedeutende Störungen in der Zirkulation (höherer Grad kyanotischer Hautfärbung und sehr beengte Respiration) eingestellt haben. Die Bäder lasse ich hier anwenden, weil ich durch ihre die Hautfunktion bethätigende Wirkung nur einen wohlthätigen Einfluss auf die Schleimhaut der Luftwege und hiermit auf den

Vagus selbst verspreche; dann aber auch durch die nach ihnen eintretende vermehrte Transspiration eine erhöhte Ausscheidung, also regeren Stoffwechsel, erwarte, durch welchen die Rückbildung hyperämischer angeschoppter Lymphdrüsen eingeleitet und gefördert werden soll."

Gegen die Anschoppung der Drüsen als das die Affektion der Nerven bedingende Element geht nach Hrn. Fr. die Hauptindikation; die Rücksicht gegen den erregenden Katarrhalzustand darf dabei nicht vergessen werden. Welches ist nun das geeignetste Mittel gegen jene Drüsenanschoppung? Das Ferrum carbonicum passt nur gegen subkutane Drüsenanschwellungen (Lombard), aber das Jod ist das Mittel, das Hr. Fr. für das richtige hielt. „Ich finde in meinen Papieren, sagt er, 98 Fälle mit Jodkali behandelt verzeichnet; aus neuerer Zeit, wo ich die einzelnen so behandelten Fälle nicht mehr notirte, mögen wohl noch 20—25 weitere Fälle hinzuzufügen sein. In der Mehrzahl dieser Fälle änderte sich schon nach einem 8—10 tägigen regelmässigen Gebrauche des Mittels die Häufigkeit des Hustens und nach einigen Tagen wieder die Heftigkeit der Anfälle. Ich habe die Mehrzahl in 3 bis 4 Wochen geheilt." — Hr. Fr. gesteht aber auch, dass er in vielen Fällen 6—8 Wochen mit dem Keuchhusten zu kämpfen gehabt. „Es waren dieses aber, bemerkt er, Fälle, in welchen sehr unregelmässig die Solution (des Jodkaliums) gegeben wurde, und solche, welche in feuchten Sommern allzuviel im Freien belassen wurden." Bei der paralytischen Form des Keuchhustens kommt es ja nicht auf die Schnelligkeit, sondern auf die Sicherheit, die Gewissheit der Resorption und den Schutz gegen nachfolgende Tuberkulose an.

„Und hier ist es allerdings, wo ich mit Befriedigung auf mehrere Fälle in exquisit phthisischen Familien zurückblicke, welche durch eine regelmässige Darreichung des Jodkali vollkommen und ohne alle Nachkrankheit geheilt worden sind. Selbst in Fällen, wo ein durch chronische Darmdrüsenaffektion, Schwellung der meseraischen Drüsen und hieraus entspringende sehr beträchtliche Abmagerung komplizirter paralytischer Keuchhusten dem zarten Kinde Gefahr drohte, hoffte ich durch die Einwirkung des Jod auf die Drüsenanschoppungen im Allgemeinen günstig wirken zu können; und zu meiner Freude entsprach der Erfolg den Hoffnungen. In solchen-Fällen gab ich das Ferrum jodatum. Es war merkwürdig, wie bald bei Nachlass der Häufigkeit der

Hustenanfälle das Aussehen der kleinen Patienten besser wurde und Frische der Wangen bald die lividen blassen verfallenen Gesichtszüge ersetzte. Das war auch bei den anderen der Fall, welche das blasse gedunsene Gesicht einem nicht komplizirten paralytischen Keuchhusten verdankten."

Zusatz Seitens der Redaktion. Eisen ist ganz gewiss ein treffliches Mittel, um welke, elende, durch langen anstrengenden Keuchhusten herabgekommene Kinder wieder zu erheben, und das Jodkalium ist anerkannt von ausgezeichneter Wirkung, wo es darauf ankommt, Ablagerungen in Drüsen und parenchymatösen Organen zur Resorption zu bringen, — also bei an Keuchhusten leidenden Kindern, die zugleich Drüsenauftreibungen haben oder skrofulös sind. Daraus aber folgt noch nicht, dass Jodkalium und Jodeisen eine Art Specificum gegen Keuchhusten sei. Die Theorie des Hrn. Fr. über die Genese des Keuchhustens ist nicht neu; schon vor Jahren hat Hugh Ley in seinem Werke über Laryngismus stridulus, wo er über die „crowing inspiration" oder über den Keuchhusten bei der Einathmung handelte, die Anschwellung der Bronchialdrüsen und deren Druck auf die Nerven als die Grundursache angesehen. Hugh Ley ist aber damals damit widerlegt worden, dass er das Sekundäre für das Primäre, das zufällig Vorhandene für das Wesentliche, die Wirkung der durch die Anfälle gesetzten Anstrengung für die Ursache dieser Anfälle angesehen hat. Es muss Hr. F. noch erst folgende Fragen beantworten:

1) Woher kommt es, dass bei Kindern so häufig sehr lebhafte Katarrhe, Laryngitis und Bronchitis vorkommen, ohne dass Keuchhustenton sich bemerklich macht oder Keuchhusten darauf folgt?

2) Worin liegt es, dass der Keuchhusten epidemisch auftritt, als Epidemie eine Zeitlang sich hält und dann wieder sich überall verliert, ohne dass noch ein einziger Fall vorhanden ist, während es doch immer Katarrhe gibt?

3) Wenn daraus mit Fug und Recht zu schliessen ist, dass zwischen epidemischem Keuchhusten und gewöhnlichem Bronchialkatarrh noch ein spezifischer Unterschied vorhanden sein muss, — was ist dieses Spezifische, bei der Erzeugung des Keuchhustens Mitwirkende, das den von Hrn. Fr. in der einfachen Form angenommenen Reflex der entzündeten Luftröhrschleimhaut

auf die Glottisnerven bedingt, während in allen übrigen Fällen die vielleicht noch intensivere katarrhalische Entzündung derselben Schleimhaut diesen Reflex fast gar nicht hat? Ist nicht hier ein analoger spezifischer Unterschied anzunehmen, wie z. B. zwischen einfacher Entzündung der Kutis und skarlatinöser oder morbillöser Entzündung derselben?

4) Wodurch ist erwiesen, dass die wohl kaum zu bezweifelnde Kontagiosität des epidemischen Keuchhustens, wie Hn. Fr. annimmt, nicht wohl durch ein eigenes spezifisches Kontagium, sondern durch Uebertragung feiner Partikelchen Bronchial- und Trachealsekretes in den heftigen Hustenstössen zu Stande kommt? Wenn Letzteres der Fall wäre, warum geschieht nicht solche Uebertragung auch bei ganz gewöhnlichem Bronchialkatarrh der Kinder?

5) Hat die Behandlungsweise des Hrn. Fr. im Ganzen glücklichere Resultate gehabt, als jede andere Behandlung des Keuchhustens oder vielmehr als die Therapie derjenigen Aerzte, die gegen diese Krankheit gar nichts thun, sondern sie sich selber abwickeln lassen und die höchstens den drohendsten Zufällen begegnen? War die Durchschnittszeit der Kur bei Hrn. Fr. kürzer, als die bei den anderen Verfahrungsweisen? Und endlich

6) sind die Fälle gänzlich abzuweisen, wo nach Angabe der neuesten Autoren die Chloroforminhalationen den Keuchhusten in der kürzesten Zeit kupirt und in einfachen Katarrh umgewandelt haben? Und wenn sie nicht abzuweisen sind, wie passen sie in Hrn. Fr.'s Theorie? Bd.

Das Ohnmächtigwerden der Säuglinge.

In den Archiv. génér. de Médecine, Septemb. 1853, bemüht sich Hr. Marrotte, das Ohnmächtigwerden oder die Synkope der Säuglinge als eine besondere Krankheitsform darzustellen. Beim ersten Anfalle glaubt die Mutter nur ein plötzliches Bleichwerden des Kindes zu gewahren, aber bei genauerer Untersuchung findet sich ein Stillstand des Pulses und der Athmung und ein todtes Darniederliegen der Gliedmassen. Es ist dieses offenbar eine Synkope, aber diese Synkope erscheint als keine eigene Krankheit, sondern nur als das Ende eines anderen, viel ernsteren Anfalles. Hr. Marrotte sagt, er habe diese Ohnmacht der Säug-

linge fast immer auf eine Reihe von Erscheinungen folgen sehen, die ein tiefes Leiden verrathen. Das Kind schläft ein beim Saugen, oder nachdem es gesogen hat; nachdem es einige Zeit geschlafen, wird es unruhig, zieht die Beine nach oben, öffnet von Zeit zu Zeit die Augen halb, so dass man die Augäpfel sehen kann, die aber stark abwärts gewendet sind, bekommt einen eigenen Angstausdruck im Gesichte und athmet schwach und ungleich. Diese Zufälle verlieren sich, kommen aber zu unbestimmten Zeiten wieder und ihnen folgt dann die schon erwähnte Ohnmacht, die bald mehr oder minder vollständig ist. Dabei erwacht das Kind nicht vollständig aus dem Schlafe und bisweilen endigt sich der Anfall mit Erbrechen oder vielmehr Herausstürzen geronnener Milch und mit einer reichlichen Darmausleerung. Als Ursachen sind erkannt worden: schlechte Milch und überhaupt unpassende Nahrung und in Folge derselben gastrische Störungen. Die Dentition scheint besonders zu diesen Anfällen zu disponiren. — Es scheint, dass diese Synkope der Säuglinge gar nichts Anderes ist, als das, was gar nicht unpassend innere Krämpfe genannt worden sind und wahrscheinlich in einer durch gastrische Störungen bewirkten Kongestion nach dem Gehirne seinen Grund hat. Dann ist die Synkope nichts Anderes, als der auf diese inneren Krämpfe folgende Collapsus. Indessen verdient dieser Gegenstand die Aufmerksamkeit derjenigen Aerzte, die Gelegenheit haben, viele kranke Säuglinge zu beobachten. Nach Hrn. Marrotte kommt die Ohnmacht immer im Schlafe und zwar bald nachdem das Kind gesogen hat.

Ueber den Einfluss der Vaccination auf den Milchschorf, Rhachitis und andere Krankheiten.

Herr Rasi (Bulletino delle Scienze mediche, Aprile 1853) hat gefunden, dass die Crusta lactea durch die Vaccination sehr oft ganz beseitigt wird. Er berichtet 6 Fälle, welche Kinder von 18 Monaten bis zu 13 Jahren betreffen. Bei den älteren Kindern war es natürlich nicht mehr Milchschorf, sondern eingewurzeltes Ekzem oder Impetigo. Mehrere von diesen Kindern sind wegen ihres Ausschlages schon verschiedenen anderen Kuren vergeblich unterworfen gewesen. So hatte eines dieser Kinder, der einzige Sohn eines Arztes, einen Kopfausschlag, gegen den

der Vater vergeblich durch sehr verschiedene Medikationen angekämpft hatte. Hr. Rasi impfte dem Kinde die Vaccina mit zwölf Stichen; so wie die Vaccinapusteln zur Blüthe kamen, fingen die Krusten auf dem Kopfe an zu trocknen und nach 20 Tagen war zur Verwunderung des Vaters der Ausschlag vollkommen geheilt. Hat die Vaccina hier als Derivans gewirkt, oder wie will man die Wirkung erklären? — In einem anderen Falle litt ein 6 Monate altes Kind an Rhachitis; es war sehr mager, hatte einen aufgetriebenen Leib und einen sehr dicken Kopf. Herr Rasi wollte das Kind nicht vacciniren, weil er fürchtete, es werde die Vaccination nicht ertragen. Aber da in der Nähe ein nicht geimpftes Kind eben an den ächten Pocken gestorben war, so drangen die Eltern auf die Vaccination. Herr R. vollzog sie; die Pusteln bildeten sich gut und das Kind überstand sie nicht nur, sondern besserte sich von diesem Augenblicke an so auffallend, dass es vier Monate später ein Bild der Kraft und Gesundheit darbot. Hat die Vaccina hier eine Perturbation der Lebensthätigkeit oder eine Depuration des Blutes bewirkt? — Ein 20 Monate altes Kind wurde noch von seiner Mutter gesäugt; letztere wurde von einem Tertianfieber ergriffen und bald zeigte auch das Kind Wechselfieberanfälle, jedoch im Quartantypus. Vergeblich wurden Chinaklystire gegeben und Einreibungen einer kräftigen Chinin-Salbe auf das Epigastrium und in die Achselgruben gemacht. Da man auf andere Weise das Chinin nicht anwenden zu können glaubte, so dachte Herr Rasi an den modifizirenden Einfluss der Vaccination. Am fieberfreien Tage machte er 12 Impfstiche. Drei Tage nach der Vaccination kam die Quartana mit ihrer früheren Heftigkeit wieder. Von den 12 Stichen hatten 9 gefasst. Am 4. Tage kam aber ein neuer Fieberanfall und nun wandelte sich die Quartana in eine Quotidiana um. Noch ein Paar Mal wiederholte sich die Quotidiana, aber in dem Maasse, wie die Vaccinapusteln zur vollen Entwickelung kamen, wurden die Anfälle immer schwächer und verloren sich endlich ganz und gar.

Diabetes albuminosus bei einem vierjährigen Kinde in Folge von Keuchhusten und Kopfgrind.

Das Eiweissharnen, das bei älteren und jüngeren Kindern eben so oft beobachtet worden ist, als bei Erwachsenen, hat in

neuester Zeit grosse Aufmerksamkeit erregt. Im Kindesalter kommt die Krankheit, die wir lieber Diabetes albuminosus als mit den Franzosen Albuminurie, das uns ein schlecht zusammengesetztes Wort dünkt, genannt wissen möchten, sowohl primär als sekundär vor. Bis jetzt ist die Pathologie derselben noch in vielen Punkten sehr dunkel. So ist in neuester Zeit ziemlich gut nachgewiesen, dass die Eklampsie der Neugeborenen und Säuglinge in ursächlichem Zusammenhange mit dem Eiweissharnen steht. Ob aber die Gehirnaffektion, von der die Eklampsie ausgeht, das Primäre und die veränderte Nierenthätigkeit das Sekundäre, oder ob das Umgekehrte der Fall ist, steht noch nicht fest. Leider kommt bei Kindern der Diabetes albuminosus selten ohne Komplikationen vor und diese Komplikationen erschweren die genaue Ermittelung des Verhältnisses, worauf bei der Prognose und Behandlung doch so sehr viel ankommt. Jedenfalls müssen möglichst authentische Fälle immerfort gesammelt werden und der folgende Fall, den Herr Roger im Kinderhospitale in Paris beobachtet hat und der sich in der Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie vom 20. Januar 1854 mitgetheilt findet, ist wegen seiner eigenen Komplikationen ganz besonders interessant.

Adolph Baron, 4 Jahre alt, von kräftiger Konstitution, wird wegen Kopfgrind und heftigen Keuchhustens am 28. Juli 1853 in das Kinderhospital aufgenommen. Nachdem die Krusten am Kopfe abgeweicht sind, zeigen die wunden Stellen eine reichliche Eiterung und es folgt eine Anschwellung der Halsdrüsen. Das Allgemeinbefinden des Knaben ist gut; er geht auf dem Hofe umher und isst mit Appetit. Im Monate September bildet sich aber am Halse eine sehr bedeutende Drüsengeschwulst, die mit Fieber begleitet ist. Am 6. Oktober bemerkt man eine leichte Aufdunsung des Angesichtes; Fieber ist vorhanden, aber nur des Abends. Zu bemerken ist, dass seit 3 Tagen sehr regnerisches Wetter gewesen und das Kind, das auf dem Hofe umherlief, sich vermuthlich erkältet haben mochte.

Am 7. Oktober: Das Angesicht gedunsen, die Beine unten ödematös; das Kind fiebert, die Haut ist heiss, Verstopfung, sonst nichts Krankhaftes. In der Nacht darauf reichliches und wiederholtes Erbrechen grünlicher Stoffe. Am 8. entwickelt sich die Hautwassersucht immer mehr und mehr und das Oedem im Angesichte ist so bedeutend, dass kaum mehr die Augenlidspalten

zu sehen sind; die ödematösen Gliedmassen sind vollkommen gerundet; die Haut hat eine mattweisse Farbe und ist dabei eher heiss als kühl. Etwa 20 mehr oder minder entwickelte Varieloidpusteln entdeckt man jetzt auf dem Körper, besonders auf dem Bauche. Der Puls ist beschleunigt (144 Schläge); Dyspnoe ohne Rasseln. Das Kind, das seit 6 Wochen am Keuchhusten gelitten hat, hustete noch am Tage vorher. Eine seröse Ergiessung in einer der Höhlen des Körpers lässt sich nicht ermitteln. Zunge belegt, Mandeln angeschwollen, keine Pusteln in der Mundhöhle. Zwei Ausleerungen in der Nacht; der Urin, sparsam, trübe, gibt gekocht und mit Salpetersäure behandelt einen reichlichen Niederschlag von Eiweiss (eine Graswurzelabkochung mit Salpeter).

Am 8. Oktober Abends bekommt das Kind einen heftigen Erstickungsanfall, der mit einem nicht zu Stande gekommenen Keuchhustenanfalle Aehnlichkeit hat; dabei sehr starkes Herzpochen. Diese Zufälle wiederholen sich 3 bis 4 mal am Abende (Digitalis).

In den nächstfolgenden Tagen macht die Hautwassersucht Fortschritte; es verbindet sich damit etwas Ascites. Die Varioloiden zeigen sich etwas unregelmässig in ihrer Entwickelung; einige Pusteln sind schon vertrocknet, andere sind kaum hervorgekommen. Das Fieber dauert fort. Wegen eines geringen Grades von perkutorischer Dämpfung an der Basis der Lungen bei geschwächtem Athmungsgeräusche wird ein Aderlass verordnet, aber nicht vollzogen. Dagegen werden 10 Blutegel an die Lumbargegenden gesetzt, geben aber wenig Blut. (Digitalis ferner noch.) Der Urin hat sich in grösserer Menge eingestellt und gibt mit Salpetersäure einen Eiweissniederschlag, der durch Einwirkung der Hitze sich nicht auflöst. Bei genauerer Analyse ergibt sich aber, dass das Verhältniss des Eiweisses abgenommen hat.

Vom 11. Oktober an gibt man Kalomel (5 Centigramm.) und Scammonium (50 Centigramm.). Am 13. ersetzt man das Kalomel durch Aloë; es folgen einige, jedoch nicht sehr reichliche Ausleerungen. Der Urin, der eine Zeitlang an Menge zugenommen hatte, dann aber trotz des Gebrauches der Digitalis wieder sparsamer geworden war, vermehrt sich nun von Neuem. Die Hautwassersucht nimmt ab und die Ergiessung im Bauche verliert sich allmählig. Am 12. findet man keinen Eiweissstoff mehr im Urine; am 14. zeigt der Urin wieder bei sehr lange fortgesetztem Kochen eine Spur von Eiweiss.

Am 15. hat sich die Hautwassersucht ohne bekannte Ursache wieder etwas vermehrt; das Angesicht etwas geschwollen. Man erkennt, dass die Höhlen des Körpers von Erguss frei sind. Der Urin zeigt nur noch eine sehr schwache Spur Eiweiss. Diese Zunahme der Symptome bemerkt man noch am folgenden Tage. Fieber stellt sich wieder ein; aber am Tage nachher folgt Besserung und das Eiweiss im Urine verliert sich gänzlich. Nach einigen ähnlichen schwachen Variationen in dem Gedunsensein des Angesichtes hat sich am Ende des Monates die Gesundheit des Kindes vollständig wieder eingestellt. Es ist zu bemerken, dass seit dem 13. die Abführmittel ausgesetzt worden sind und dass das Kind seitdem eher Darmverhaltung als reichliche Ausleerungen hatte.

Es scheint, dass in diesem Falle das Fieber nicht der Nierenaffektion angehörte, die gewöhnlich ohne Fieber zu sein pflegt, als vielmehr den Varioloiden. Wodurch ist das Eiweissharnen hier entstanden? Durch den vorangegangenen Keuchhusten? Durch den plötzlich verschwundenen Kopfgrind? Letzteres hat viel für sich; Rilliet und Barthez erzählen einen Fall, wo in Folge einer ekzematösen mit Lichen verbundenen Impetigo Eiweissharnen eintrat.

Grosse Gaben Laudanum bei einem viermonatlichen Kinde.

In der medizinischen Gesellschaft zu Christiania theilte Herr Voss am 27. Oktober 1852 folgenden Fall mit. „Ein gesund aussehendes Mädchen von 4 Monaten hatte seit einigen Tagen öftere und dünnere Stuhlentleerungen als gewöhnlich gehabt, weshalb demselben etwas Kinderpulver am Morgen und Abende verordnet worden war. Am 20. Oktober wurde verordnet, dass am Abende und Morgen 10 Tropfen Laudanum in den Unterleib eingerieben werden sollten, das Kinderpulver aber fortgebraucht werden möchte. Das Kindermädchen aber, welches diese Verordnung erhalten hatte, gab dem Kinde die 10 Tropfen Laudanum am folgenden Morgen mit dem Kinderpulver ein. Den Tag über war das Kind schläfrig gewesen, hatte einmal dünne Leibesöffnung gehabt, übrigens aber keine beunruhigenden Symptome

gezeigt. Am Abende um $7\frac{1}{2}$ Uhr wurden wieder 10 Tropfen Laudanum eingegeben. Hiernach war das Kind aber schläfriger und unruhiger geworden, hatte die Brust nicht nehmen wollen und war das Athemholen etwas beschwerlich geworden; nachdem der Unterleib aber mit einem Oele eingerieben worden war, schlief es ein und dieser Schlaf dauerte ununterbrochen von 1 Uhr des Nachts bis 11 Uhr Vormittags fort, ohne dass es nur ein Glied gerührt gehabt hätte. Von $7\frac{1}{2}$ Uhr Abends bis zu dieser Zeit hatte es nichts gegessen; Schweiss hatte sich nicht gezeigt. Später war das Kind aber dann auf einen Augenblicq aufgewacht und hatte dann die Brust genommen, sein Aussehen war aber bleicher als gewöhnlich. Am Nachmittage hatte es peinliche Stuhlausleerungen gehabt. Wegen der fortdauernden Schläfrigkeit wurde Herr Voss am Nachmittage zu dem Kinde gerufen und sah er dasselbe 22 Stunden nach der letzten Dosis Laudanum. Dasselbe wachte, war aber matt und fielen ihm die Augenlider zu, es liess sich jedoch erwecken und sah die vorgehaltenen Gegenstände an. Die Pupillen waren beweglich, das Gesicht war etwas bleich, der Puls gleichmässig, nicht volle 124 Schläge haltend; Schweiss fehlte. Herr Voss hält den Zustand des Kindes nicht für gefährlich, weil seit dem letzten Eingeben des Opiums eine lange Zeit verstrichen war, ohne dass sich die narkotischen Symptome stärker geäussert gehabt hatten. Durch ein Klystir aus Gerstensuppe und Essig verschaffte er Oeffnung; in Senfwasser getauchte Tücher wurden an die Füsse applizirt und kalte Umschläge auf den Kopf gelegt; daher verordnete er, das Kind so viel als möglich wach zu erhalten. Drei Stunden später fand er es wachend, es schien wohl zu sein, lag ruhig und kosete wie es gewöhnlich zu thun pflegte. Das Gesicht hatte die natürliche Farbe, der Puls hielt 124 Schläge und war nicht voll oder gespannt. Während der Nacht wurde es stündlich aufgeweckt; am folgenden Tage befand es sich ganz wohl und blieb auch später gesund. — Herr Voss glaubt, dass das in Norwegen gebräuchliche Laudanum nicht stark sein müsse, weil es anderwärts nicht an Beispielen fehle, dass ältere Kinder nach geringeren Gaben gestorben seien. Er führt einen Fall von Tigler an, der ein Kind von 9 Monaten nach 4 Tropfen sterben sah. Er bemerkt, dass der Gehalt des Morphiums im Opium sehr variirt, nämlich zwischen 2 und 9 %, dass das nach der dänischen Pharmakopöe, die in Norwegen gebräuchlich ist, be-

reitete Laudanum eine Auflösung von Extr. opii aquosum in Wein ist und dass bei der Bereitung des Extraktes viel Morphium verloren geht, wodurch dann das Laudanum weniger narkotisch wird. Andere Mitglieder waren der Meinung, dass das in neuerer Zeit eingeführte Opium weniger kräftig sei und soll das französische und bengalische Opium gering an Morphiumgehalt sein und auch im smyrnaischen Opium soll dieser Gehalt sehr variiren.

V. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Société médicale des Hôpitaux zu Paris.

Ueber die Beziehungen der Eklampsie kleiner Kinder zum Eiweissharnen (Diabetes albuminosus *).

Ueber diesen Gegenstand hielt Herr Dr. Cahen einen Vortrag, der uns werthvoll genug erscheint, um ohne Abkürzung mitgetheilt zu werden. Herr Cahen beginnt mit einigen Thesen und knüpft an dieselbe seine Erfahrungen und Beobachtungen.

„1) Die Krampfkrankheiten sind zu allen Zeiten Gegenstand sehr ernsten Studiums gewesen, aber die zahlreichen Arbeiten darüber haben bis jetzt noch nicht vermocht, alles Dunkel, welches die Geschichte dieser Krankheiten noch umgibt, zu beseitigen. Das Eiweissharnen, dessen Studium noch nicht sehr alt ist, hat die wissenschaftliche Thätigkeit zu einer Reihe von Untersuchungen angeregt, welche die Nothwendigkeit neuer Forschungen unwiderleglich dargethan haben. In dieser meiner Abhandlung will ich versuchen, die gegenseitige Beziehung, welche unter gewissen Umständen zwischen diesen beiden pathologischen Phänomenen: den Konvulsionen und dem Eiweissharnen besteht, darzuthun.

2) Vor 8 Jahren habe ich in einer Bewerbungsschrift um das Internat, welche ich dann als Dissertation am 18. Juli 1846 veröffentlichte, gezeigt, dass die Eklampsie der Kreissen-

---

*) Ich bediene mich lieber des Ausdruckes Diabetes albuminosus, analog dem Ausdrucke Diabetes mellitus, als des in meinen Augen sehr schlecht zusammengesetzten, von Rayer eingeführten Wortes: Albuminurie. Der deutsche Ausdruck Eiweissharnen, den ich auch vorschlage, wird wohl annehmbar erscheinen. Behrend.

den und der Wöchnerinnen oft durch die albuminöse Nephritis hervorgerufen wird. Ich erinnerte daran, dass seit Demanet (Journ. général. IX. 110) alle Geburtshelfer das gewöhnliche Zusammentreffen der Hautwassersucht mit Eklampsie konstatirt haben, dass ferner Lever in England erkannt hat, dass dieses Krampfleiden gewöhnlich mit Eiweissharnen begleitet gewesen, und ich selber habe drei Fälle angeführt, in denen die Leichenschau das Vorhandensein der albuminösen Nephritis bei den in Folge von Eklampsie gestorbenen Kreissenden und Wöchnerinnen nachgewiesen hat.

Zu gleicher Zeit bemerkte ich, dass Willan (Medic. facts and observ. III. 9) einen Fall von epileptischen Konvulsionen bei einem Kinde berichtet hat, das Hautwassersucht in Folge von Scharlach gehabt hat und ich schloss aus verschiedenen von Rayer (Maladies des reins II. 373) zitirten Beobachtungen, dass die albuminöse Nephritis oft und vorzugsweise bei Kindern epileptische Krampfzufälle erzeuge (Cahen, De la néphrite albumineuse chez des femmes enceintes, Thèse, Paris 1846).

Seit Veröffentlichung dieser Arbeit ist der damals noch vorhanden gewesene Zweifel hinsichtlich der Eklampsie der Kreissenden vor dem gewichtigen Zeugnisse vielseitiger Beobachtungen vollkommen geschwunden. Auch der Kausalzusammenhang, den ich zwischen der albuminösen Nephritis und der Eklampsie aufstellte, gilt, obwohl er anfänglich geläugnet oder doch bekämpft wurde, gegenwärtig als eine für die Wissenschaft gewonnene Wahrheit, deren Ursprung nachzuforschen man sich freilich nicht weiter bemüht; man hält es für bequemer, letzteren im Dunkel zu lassen, zugleich mit dem Namen Dessen, der sie zuerst auffand.

Doch zur Zeit, als ich den Zusammenhang zwischen dem Eiweissharnen und der Eklampsie studirte, suchte ich nach Eiweiss in dem Harne aller Individuen, welche ich mit Konvulsionen behaftet fand. Ich wurde dabei irregeleitet durch die analogen Erscheinungen, welche die Eklampsie einerseits und die Epilepsie andererseits darboten, durch den Wunsch, Symptome, welche man bisweilen unter einem Namen vereinigt, auch aus einem Prinzipe abzuleiten; ich schmeichelte mir mit der verführerischen Hoffnung, die unbekannte Quelle der konvulsiven Krankheiten auffinden und für unzweifelhaft festgestellte Thatsachen einen allgemeinen Entstehungsgrund entdecken zu können. Meine

Untersuchungen blieben jedoch gänzlich resultatlos. Im Harne der Epileptiker fand ich kein Eiweiss; weder in dem nach den Anfällen entleerten, noch auch in demjenigen, welchen es mir gelang, selbst während der Anfälle zu sammeln. Ebensowenig zeigte bei den Kindern, welche mit Konvulsionen behaftet waren — so weit hier meine Beobachtungen reichen — der Urin nach den Untersuchungen von mir und von Dr. Hérard, meinem Freunde, damals Interne am Kinderhospitale, irgend Spuren von Eiweiss. Diese fruchtlosen Beobachtungen verhinderten mich indess nicht, meine Untersuchungen von Neuem zu beginnen, als ich vor nun zwei Jahren als erster Arzt an die geburtshilfliche Klinik der Fakultät berufen wurde. Mich regte hiezu vorzüglich eine Bemerkung an, welche ich vom Professor P. Dubois in einer seiner Vorlesungen hörte und in welcher er sich über die Analogie zwischen der Eklampsie bei Kreissenden und bei Kindern vernehmen liess. — Seine Bemerkung liess mich einerseits den Irrthum erkennen, welchen ich beging, da ich dieselbe Ursache für nicht gehörig gesonderte Symptome finden wollte; andererseits aber führte sie mich auch auf das Wahre in meiner früheren Vermuthung, nämlich auf die Möglichkeit einer Koexistenz und auf die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhanges zwischen der albuminösen Nephritis und der Eklampsie bei Neugeborenen.

Man vergleiche hier die These, welche Dr. Corlieu am 27. August 1851 vertheidigte. Es heisst daselbst S. 14:

„Dr. Cahen glaubt, dass bei Kindern gewisse Konvulsionen zuweilen auf eine albuminöse Nephritis als auf ihre Ursache zurückweisen, eine Meinung, welche von Herrn P. Dubois getheilt wird."

„Ende März 1851 erschien in der Klinik eine junge Frau, die Dubois vor drei Jahren entbunden hatte. Sie kam wegen des Kindes, das an momentaner Bewusstlosigkeit, verbunden mit konvulsiven Zuckungen der Augen, litt, wobei es das linke Bein plötzlich über das rechte warf. Die Symptome erschienen vorzüglich im Augenblicke eines Zahndurchbruches. Dubois untersuchte den Urin des Kindes; er fand ihn eiweisshaltig. Dieses Eiweissharnen war nur vorübergehend und verschwand mit den konvulsiven Zufällen."

„Dr. Cahen hat seinerseits drei Fälle gesammelt, in welchen sich epileptische Erscheinungen, verbunden mit Eiweissharnen,

vorfanden. Zwei von den Kindern unterlagen und bei der Obduktion fand er in beiden Fällen die Nieren krankhaft verändert und eine Ergiessung im Gehirne."

Ich habe Gelegenheit gehabt, vor kurzer Zeit noch eine vierte Beobachtung hinzuzufügen. Doch bleibt die Zahl immer so gering; die Facta sind noch so unvollständig, dass ich mich wohl gehütet hätte, ihnen aus eigenem Antriebe einen wissenschaftlichen Einfluss beizumessen. Indess wurde ihnen neuerdings durch eine Schrift, herrührend von einem Manne, dessen exakte Beobachtungen, dessen scharfe Folgerungen allgemeine Anerkennung finden, eine Bedeutsamkeit verliehen, welche sie ohnedies keineswegs erlangt hätten. — In einem Aufsatze: de l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance (Recueil des travaux de la Société de Médecine à Genève 1853) sagt Rilliet: „Möge die Eklampsie den Eintritt einer Kephalalgie oder einer Amaurose bezeichnen, oder möge sie im Gefolge dieser Krankheiten erscheinen, im Allgemeinen prägt sie stets der Krankheit einen eigenthümlichen und tückischen Charakter auf. Es ist dies in der That das konstanteste und bedenklichste Symptom. Es wurde in zehn Fällen unter zwölfen beobachtet." — Woran liegt es denn aber, dass es bis jetzt unbeachtet geblieben ist? Mir scheint, daran, dass man es gewöhnlich eben so macht, wie es mir früher erging: man macht keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Formen der Konvulsionen. —

Nichts ist bei Neugeborenen so häufig als konvulsivische Bewegungen; sehr gewöhnlich sind die Bewegungen in den ersten Tagen nach der Geburt unregelmässig, nicht zusammenstimmend; hervorgerufen durch nicht spontane Ursachen und ausgeführt anscheinend ohne Willensthätigkeit scheinen sie sehr oft den Charakter von Sehnenhüpfen und Spasmen anzunehmen. In anderen Fällen rufen der Schmerz sowie wahrscheinlich andere Zufälle, die sympathisch auf das Gehirn reagiren, konvulsivische Bewegungen hervor. Aber in allen diesen Fällen, sowie auch bei solchen Konvulsionen, die von einem Gehirnleiden ressortiren, scheint mir die Form der Zufälle in mehreren Rücksichten verschieden von denen zu sein, welche sich bei der Eklampsie darbieten. Die folgenden Beobachtungen werden zum näheren Verständnisse Dessen dienen können, was ich als spezifischen Charakter der eklamptischen Konvulsionen auffasse.

Erster Fall. Eine Amme aus der Klinik zeigt uns am

20. März 1851 ihr 5 Monate altes Kind. Dieses ist ein kräftiger, gut entwickelter Knabe von guter Gesundheit. Am Abende vorher wurde er nach Aussage der Mutter von inneren Krämpfen ergriffen, die durch Steifwerden des ganzen Körpers, Bewusstlosigkeit und Verdrehen der Augen sich kundgethan haben sollen. In der Nacht hat das Kind der Angabe nach zehn solcher Anfälle gehabt und in der Zwischenzeit soll es ganz stumpf dagelegen haben. Als wir das Kind zuerst sahen, wurden wir von der Blässe und Gedunsenheit seines Antlitzes betroffen. Die Haut zeigte überall am Körper eine normale Wärme; die entblösten Theile sind etwas kühler, als die bedeckten. Der Puls ist wenig entwickelt und zählt kaum 110 Schläge. Die Athmung ist langsam, von häufigen Seufzern unterbrochen. Die Sinnesorgane erfüllen ihre Funktionen nicht auf regelmässige Weise. Die Empfindlichkeit bei der Betastung ist sehr vermindert, die Pupillen sind erweitert und die Iris zeigt sich gegen das Sonnenlicht unbeweglich. Das Gehirn erscheint beeinträchtigt; wenigstens ergeben die Versuche, dass das Kind nicht gut begreift oder hört. Der Appetit ist erloschen; seit dem Abende vorher hat das Kind die Brust nicht genommen. Darmausleerung findet nicht statt; wenig Urin; der Mund zeigt nichts Bemerkenswerthes; er ist weder wärmer als gewöhnlich, noch der Sitz einer Eruption oder eines Beleges der Schleimhaut. Das Zahnfleisch ist weder geschwollen noch schmerzhaft. Der Bauch ist nicht aufgetrieben, nicht empfindlich beim Drucke; in den Lumbargegenden macht sich kein Schmerz bemerklich. Die Gliedmassen sind unbeweglich und wenn man sie aufhebt und loslässt, so fallen sie zurück.

Während unserer Untersuchung schwillt das Antlitz plötzlich an und wird blauroth; die Augen sind stark nach oben gezogen, ohne dass sie schielen; der Mund füllt sich mit weisslichem Schaume an; der ganze Körper wird starr und steif; die Arme sind dem Thorax genähert, die Vorderarme gebeugt und in Pronation; die Hände in sehr hohem Grade von Pronation und halb gebeugt; die Daumen gänzlich in die Hand eingeschlagen. Die Athmung wird mühevoll, röchelnd und viele schnelle sich folgende Stösse erschüttern die Gliedmassen, jedoch ohne dass diese dabei in eigentliche, ihre Lage verändernde Bewegung gerathen.

Diese Anfälle dauern ungefähr drei Minuten und machen dann einem Zustande von Betäubung Platz, in welchem das Kind auch vor den Anfällen sich befunden hatte. (Vorschrift: 2 Blutegel hinter die Ohren, Magnesia, Lindenblüthenaufguss.)

Im Laufe des Tages folgen sich die Konvulsionen ganz in derselben Art, aber nicht so häufig; der Urin ist klar, vielleicht etwas weniger, als er in diesem Alter zu sein pflegt; er reagirt sauer; gekocht und mit Salpetersäure behandelt gibt er einen auffallenden Niederschlag von Eiweiss. In der Nacht fanden nur

zwei konvulsivische Anfälle statt; der Nachturin ist nicht aufbewahrt worden.

Am 21.: Der Urin zeigt sich eiweisshaltig. Keine Konvulsionen mehr; die Betäubung ist geringer.

Am 23.: Das Kind scheint wieder ganz gesund zu sein. Der Urin zeigt noch geringe Wölkchen.

Am. 24.: Der Urin zeigt keine Spur von Albumin mehr.

Zweiter Fall. Am 25. März wurde ich zu einem Kinde gerufen, welches plötzlich mitten in der Nacht von heftigen Konvulsionen befallen wurde. Das Kind ist sechs Wochen alt, gut gestaltet und befindet sich in guten hygieinischen Verhältnissen. Von einer gutmilchenden, nicht menstruirten Amme gesäugt genoss es bis dahin einer vollkommenen Gesundheit. Alle Körperverrichtungen gingen trefflich von Statten und man weiss nicht, welcher Ursache man die plötzlich eintretenden Krämpfe beizumessen habe.

Als ich das Kind zuerst sah, bemerkte ich sogleich dessen fahle Bleichheit, blasses und gedunsenes Antlitz, stieren Blick erweiterte Pupillen. Als das Kind aus den Windeln genommen war, erscheinen die Gliedmassen fast wie abgestorben. Die Wärme ist normal; die Haut fast unempfindlich bei der Berührung; kein Oedem; die Athmung etwas beschwerlich; kein Husten; Auskultation und Perkussion ergeben nichts; der Bauch ist im gesunden Zustande. Einige Tropfen Urin, die ich erlangen konnte, ergaben einen ziemlich reichlichen Niederschlag von Albumin. Ein konvulsivischer Anfall stellt sich ein; die ersten Zeichen sind Anschwellung des Gesichtes; dasselbe wird blau, besonders die Lippen; die Arme nähern sich dem Körper und werden steif; die Vorderarme und die Hände gerathen in kleine Zuckungen. Die Beine beugen sich, aber nehmen an den konvulsivischen Bewegungen nur wenig Antheil. Das Kind scheint ersticken zu wollen. Nach Verlauf von zwei Minuten hören die Zusammenziehungen auf und das Kind fällt in die komatöse Prostration zurück (Vorschr.: abführendes Klystir, aromatische Einreibungen, Benzoe-Räucherungen, kalte Umschläge auf den Kopf).

Am 26.: Das Kind liegt wie betäubt; der Schlaf ist durch keine konvulsivische Bewegung gestört, aber im Verlaufe dieses Tages treten wieder Konvulsionen ein (3 in zwei Stunden); dann bleibt das Kind ruhig.

Der 27. und 28. März gehen ohne Konvulsionen vorüber; der Urin ist albuminös, aber die Gesundheit scheint wieder hergestellt zu sein.

Am 29. ist gegen Morgen ein leichter Anfall bemerkt worden, aber der befriedigende Zustand des Kindes lässt mich die Wahrheit dieser Angabe bezweifeln.

Am 30.: Der Urin zeigt kaum eine geringe Trübung, wenn man ihn mit Salpetersäure behandelt. Von da an ist das Kind vollkommen gesund.

3) Diese Fälle bieten mancherlei Eigenthümlichkeiten dar, die wohl angemerkt zu werden verdienen. So treten mitten in der besten Gesundheit die Konvulsionen plötzlich ein und dieser Umstand rechtfertigt den Ausdruck Eklampsie (ἔκλαμψις, Lichtblitz) und unterscheidet zugleich diese Krampfform von den symptomatischen oder sympathischen Krämpfen, denen oft eigenthümliche Symptome vorangehen. Sie können die Folge von Scharlach und Masern sein (Rilliet). Sie sind nicht blos tonisch, oder blos klonisch, obwohl sie Ersteres mehr sind, als Letzteres, und besonders sind sie konzentrisch. Sie sind allgemein, nicht partiell; jedoch bemerkt Rilliet, dass er sie meistens einseitig gefunden hat. Ein Aufdunsen des Antlitzes geht ihnen voran oder begleitet sie und sie erzeugen Schaum im Munde. Sie sind von kurzer Dauer und wiederholen sich mehrmals in kurzer Zeit. Sie hinterlassen einen ganz merklichen Collapsus und zwischen den Anfällen stellt sich das Bewusstsein nicht wieder her. In Folge der Erweiterung der Pupillen geben sie dem Gesichte einen ganz besonderen Ausdruck. Sie vernichten entweder oder schwächen wenigstens die Sinnesthätigkeit. Sie können nach Rilliet mit vollständiger Blindheit anfangen, soweit wenigstens solche aus der Unbeweglichkeit der Iris und dem stieren Blicke erkunden lässt.

Ohne Zweifel ist es bedenklich, nach diesen Zufällen allein urtheilen zu wollen, da die erwähnten Erscheinungen sehr wandelbar sind, wie man weiss, und jedenfalls nichts eigentlich Feststehendes haben, das charakteristisch genug wäre, und wenn es bisweilen sehr schwierig ist, Hysterie und Epilepsie von einander zu unterscheiden, wollte man sich nach der Form des Anfalles allein richten, so muss natürlich die Schwierigkeit einer genauen differentiellen Diagnose von Krampfbewegungen, die man bis jetzt noch nicht zu unterscheiden versucht hat, noch viel schwieriger sein.

Das einzige pathognomonische Zeichen ist das Eiweissharnen und da dasselbe auch ein eben so pathognomonisches Zeichen für die Konvulsionen der Kreissenden und Wöchnerinnen ist, so scheint es mir ganz richtig, einer eigenen Form von Krämpfen unter der bestimmten Benennung Eklampsie dieses Zeichen als charakteristisch beizufügen und sie von allen übrigen Krampfformen zu unterscheiden.

4) Die Gegenwart des Eiweisses im Urine kann in der That

weder als eine zufällige, noch als eine begleitende oder konsekutive Erscheinung angesehen werden. Man muss das Vorhandensein dieses Stoffes als Beweis eines Kongestionszustandes der Nieren, einer spezifischen Veränderung derselben, einer Nephritis betrachten und diese albuminöse Nephritis für die Krankheit halten, von der die Krämpfe nur eine Manifestation sind. Zur Bestätigung können die folgenden Beobachtungen dienen, so unvollkommen sie auch seien.

Dritter Fall. Ein Kind stirbt in der Klinik in Folge von Konvulsionen, von denen es in der Nacht ergriffen worden ist und die nur einige Stunden gedauert haben.

Bei der Leichenschau findet man das äussere Ansehen des Körpers normal. Kein Oedem der Gliedmassen oder des Antlitzes. Etwas seröse Ergiessung in den Höhlen der Pleura und des Bauchfelles. Die Lungen, das Herz, die Leber, die Milz, der Magen und der Darmkanal zeigen keine Veränderung. Das Gehirn hat seine natürliche Konsistenz und man gewahrt keine Blutergiessungen; die Hirnhäute nicht infiltrirt; etwas helles Serum in den Hirnhöhlen.

Die Nieren sind schwer; die linke wiegt 19, die rechte 26,50 Grammen. Die fibröse Kapsel lässt sich leicht ablösen. Die Rindensubstanz ist blassgelb, die Tubularsubstanz dagegen bräunlichroth. Die Blase enthält sehr wenig Urin, aber dieser Urin zeigt am Feuer sich eiweisshaltig; der Niederschlag löst sich in Salpetersäure nicht auf.

Vierter Fall. Ein zwei Tage altes Kind, männlichen Geschlechtes, etwas frühgeboren, 1900 Grammen schwer und 42 Centimeter lang, stirbt plötzlich unter Konvulsionen. Es finden sich die Hauptorgane im normalen Zustande. Die Nieren zeigen bedeutende Kongestion; die eine wiegt 17, die andere 14 Grammen. Einige in der Blase gefundene Tropfen Urin geben einen Niederschlag von Eiweiss.

Dieser letztere Fall bietet noch einen bemerkenswerthen Umstand dar; die Mutter des Kindes nämlich litt selbst am Eiweissharnen und es scheint bei ihr die albuminöse Nephritis die Ursache der frühzeitigen Geburt gewesen zu sein, die im achten Schwangerschaftsmonate stattgefunden hat. Hat das Kind etwa an einer angeborenen albuminösen Nephritis gelitten?

In seinem Aufsatze bemerkt Rilliet da, wo er von den Nieren spricht: „Beim Durchschnitte zeigt sich das Verhältniss der Kortikal- und Tubularsubstanz nicht verändert; die letztere markt sich durch ihre bläuliche Färbung von der ersteren genau ab; letztere ist durchaus nicht überquellend, aber hat eine hellgelbe Farbe, die wohl der Anämie zugeschrieben werden kann."

Da nun aber diese gemuthmasste anämische Entfärbung in allen anderen Texturen nicht gefunden werden, so scheint mir die strohgelbe blasse Farbe der Kortikalsubstanz weniger der Anämie, als vielmehr einer spezifischen krankhaften Veränderung (der sogenannten Bright'schen Krankheit) zugeschrieben werden zu müssen.

5) Weiss man übrigens nicht, dass bei Erwachsenen im letzten Stadium der albuminösen Nephritis epileptische und eklamptische Krämpfe vorkommen und dass dieses nicht gerade zu den Ausnahmen gehört? Rayer hat sie erwähnt und in englischen Werken findet man sehr viele Beispiele. Weiss man nicht auch, dass ein Hauptsymptom des Eiweissharnens, nämlich der Verlust des Sehvermögens, worauf Landouzy aufmerksam gemacht hat, plötzlich im Anfange der Krankheit als Eintritts-Symptom sich einstellen kann, während diese Blindheit in anderen Fällen erst in einer späteren Periode der genannten Krankheit sich zeigt? Weiss man ferner nicht, dass bei manchen Schwangeren mitten im besten Wohlsein Eklampsie plötzlich eintreten kann, als erstes Symptom des Eiweissharnens, während bei anderen Schwangeren erst durch andere Symptome das Eiweissharnen sich längere Zeit bemerklich macht, ehe die Konvulsionen sich einstellen? Darf man hernach nicht schliessen, dass bei den Kindern diese epileptischen Konvulsionen, diese Anfälle von Eklampsie, die zugleich mit dem Eiweissharnen vorkommen, ebenfalls die Folge der spezifischen, in Kongestion oder Entzündung bestehenden Krankheit der Nieren ist, die man Morbus Brightii oder Nephritis albuminosa genannt hat?

6) Man hat indessen gemeint, dass die Affektion des Gehirnes das Primäre und die Affektion der Nieren das Sekundäre sei. Dass ebenso, wie eine Störung in den Nervenherden ein Zuckerharnen erzeugen kann, eine andere Art Störung derselben Organe ein Eiweissharnen als einfache Beeinträchtigung der Nierenthätigkeit hervorrufen könne. Allein die materiellen Veränderungen, die man in den Nieren findet und das Vorkommen des Eiweissharnens ohne Gehirnsymptome oder lange vor Eintritt dieser letzteren gestatten eine solche Annahme nicht. Uebrigens wurde in den Fällen, wo eine genaue Leichenuntersuchung gemacht worden, das Enkephalon gesund, höchstens kongestiv gefunden und zwar in nicht höherem Grade, als es nach heftigen, konvulsivischen Krämpfen, in welchen Athmung und Blutumlauf

bedeutend gestört worden ist, der Fall zu sein pflegt. Die kleine Menge Serum, die man im Gehirne bisweilen gefunden hat, ist viel wahrscheinlicher die Wirkung des mit dem Eiweissharnen verbundenen Hydrops, als einer lokalen Gehirnkrankheit.

7) Man hat ferner gemeint, dass das Eiweissharnen nur die Manifestation eines Allgemeinleidens sei, welches zu gleicher Zeit mit der Eklampsie bestehen könne, ohne dass beide in einem ursächlichen Zusammenhange mit einander stehen. Dieser Ansicht, die mit mancherlei Gründen belegt worden ist, sind ganz einfach die in den Nieren gefundenen Veränderungen entgegenzustellen, die deutlich darthun, dass die Krankheit ihren Hauptsitz in diesen Organen hat und dass das Allgemeinleiden wahrscheinlich nur konsekutiv ist. Es ist dieses jedoch ein Punkt, den ich hier nicht weiter erörtern kann; ich will nur bemerken, dass niemals, seitdem meine Dissertation veröffentlicht worden ist, man bei Schwangeren und Kreissenden die Eklampsie ohne Eiweissharnen angetroffen hat und dass auch bei anderen Erwachsenen die wenigen Fälle wirklicher Eklampsie, die genau beobachtet worden sind, mit albuminöser Nephritis begleitet waren. Indem ich nun auf die Anfälle von Eklampsie oder epileptischförmiger Krämpfe bei kleinen Kindern die Aufmerksamkeit hin richte, hege ich die Ueberzeugung, dass die wenigen von mir gemachten Beobachtungen sich bald mehren werden und dass man dann bei ganz genauer Untersuchung und Vergleichung die Koexistenz der Eklampsie mit dem Eiweissharnen, der albuminösen Nephritis, erkennen wird und wird sich auch, wie ich nicht zweifle, ergeben, dass die konvulsivischen Zufälle von dem organischen Leiden der Nieren abhängig sind.

8) Indessen wird sich hier eine Schwierigkeit darbieten. Bei den Schwangeren und Kreissenden, bei Erwachsenen überhaupt, richten die gewöhnlichen Symptome der albuminösen Nephritis die Aufmerksamkeit auf den Zustand der Harnsekretion. Man bemerkt gewöhnlich Oedem im Antlitze oder an den Knöcheln, bisweilen allgemeine Hautwassersucht. Bei den kleinen Kindern aber, die ich beobachtet habe, zeigte sich vor dem Krampfanfalle kein solches Symptom; ja sie fehlen bisweilen auch nachher ganz und gar, mit Ausnahme einer Aufdunsung des Antlitzes. Aber selbst diese Gedunsenheit des Antlitzes, die man nicht Oedem nennen kann, könnte allenfalls als die Wirkung des Krampfes und nicht als ein Produkt der albuminösen Nephri-

tis angesehen werden. Es wäre demnach von Wichtigkeit, in den Fällen, in denen man Eiweissharnen als daseiend vermuthet und wo man das Eintreten von Konvulsionen befürchtet, den Urin zu untersuchen. Leider aber tritt hier wieder der schwierige Umstand entgegen, dass es bei den kleinen Kindern selten möglich ist, den Urin zu sammeln, oder gar ihn aus der Blase abzuziehen.

9) In zwei von mir angeführten Fällen und in einem von Rilliet beobachteten ist der zur Untersuchung gestellte Urin bei der Leichensektion aus der Blase genommen worden. Dieser Umstand könnte den Werth des gewonnenen Resultates schwächen und man hat in der That behauptet, dass in Folge kadaverischer Modifikation der Urin oft nach dem Tode eiweisshaltig gefunden werde. Um diesem Einwande zu begegnen, habe ich den Urin einer grossen Anzahl an verschiedenen anderen Krankheiten gestorbener Kinder untersucht und niemals habe ich den Urin eiweisshaltig gefunden. Es ist jedoch diese Untersuchung immer kurz nach dem Tode gemacht worden, als die Leichen noch keine sichtliche kadaverische Veränderung darboten.

10) Endlich habe ich sehr oft den Urin von Kindern untersucht, die an ganz gewöhnlichen krampfigen Nervenzufällen litten, an sogenannten rein nervösen Konvulsionen, die sich durch ihre Form, ihre Dauer und ihren Ausgang sehr von den Anfällen eigentlicher Eklampsie unterschieden und ich habe nie Eiweiss angetroffen.

Folglich ist der Schluss gerechtfertigt, dass es eine eigenthümliche Art von Konvulsionen gibt, welche von einem Nierenleiden abhängig, mit Eiweissharnen begleitet sind und einen der Epilepsie ähnlichen Anblick darbieten. Dieser Schluss, der Manchem vielleicht noch zu voreilig erscheinen wird, wird, ich bin dessen überzeugt, in ferneren Beobachtungen völlige Bestätigung finden.

11) Wie werden aber diese Krampfanfälle durch ein Nierenleiden erzeugt? Welche Bedeutung haben sie? Wie müssen sie behandelt werden? Diese Fragen lasse ich fast ganz unbeantwortet und man wird es billigen, dass ich damit lieber warte, bis eine grössere Zahl von Beobachtungen zu Gebote steht, als jetzt schon aus so geringen Thatsachen Folgerungen und Regeln entnehmen zu wollen.

Es sei mir nur gestattet, ganz kurz die Hypothesen vorzuführen, die über die Art und Weise, wie die albuminöse Nephritis die Eklampsie erzeugt, aufgestellt worden sind. Die von Rilliet ausgesprochene Ansicht scheint mit den beobachteten Thatsachen noch am meisten im Einklange zu sein: „Wir halten es für rationell, sagt er, die Gehirnzufälle für die Folge der Hydrenkephalie anzusehen, indem wir dieses Wort in seiner weitesten Bedeutung nehmen, das heisst, indem wir darunter nicht nur die Ergiessungen innerhalb und unter der Arachnoidea und in die Hirnhöhlen, sondern auch die seröse Infiltration der Hirnsubstanz selber verstehen.“ Diese Annahme findet zwar in den bis jetzt gesammelten Thatsachen noch nicht genügende Bestätigung, aber sie befriedigt mehr als die der englischen Autoren. Diese nehmen eine Veränderung des Blutes durch Entziehung einer gewissen Menge Eiweisses aus demselben und durch Eintritt von Harnstoff in dasselbe an (Barlow). Das so veränderte Blut wirke dann giftig und erzeuge Konvulsionen auf analoge Weise, wie gewisse andere in die Säftemasse gedrungene Gifte. Dagegen ist zu bemerken, dass in manchen Fällen das Eiweissharnen lange Zeit besteht, ohne im geringsten von einer Gehirnstörung begleitet zu sein; ja die Gehirnsymptome stellen sich ein, verschwinden, kommen wieder ohne irgend eine wahrnehmbare Veränderung in der Beschaffenheit des Urines oder in der Menge des damit ausgeschiedenen Eiweisses. Wenn aber die Ursache fortbesteht, so fände in jener Annahme das Verschwinden der Wirkung sich nicht genügend erklärt. Freilich hat man im Serum innerhalb der Hirnhöhlen eines unter Konvulsionen in Folge von granulöser Nephritis Gestorbenen Harnstoff gefunden; aber was berechtigt, die Krampfzufälle diesem Harnstoffe und nicht ganz einfach der serösen Ergiessung, worin er sich aufgelöst befindet, beizumessen?

Man hat auch angenommen, dass die von Becquerel und Rodier angewendete Verminderung der Blutkörperchen das Entstehen der Konvulsionen genügend erklären können, indem diese dann sich erzeugen würden, wie die Konvulsionen bei Verblutungen. Aber man weiss, dass die Verminderung der Blutkörperchen nicht eher als nach Ablauf der akuten Periode der albuminösen Nephritis sich einstellt, während die Konvulsionen gerade in dieser akuten Periode am häufigsten sind. Uebrigens genügt es, die Konvulsionen bei Verblutungen und die hier in

Rede stehenden Konvulsionen einmal gesehen und verglichen zu haben, um sie nicht mehr für identisch oder analog zu halten.

Endlich gibt es noch eine andere Annahme, die ich um so leichter bekämpfen kann, da sie von mir selber ausgegangen ist. Nach dieser Annahme wären die Konvulsionen bei den am Eiweissharnen Leidenden nichts weiter als eine einfache Nervenaffektion, eintretend bei Solchen, die überhaupt zu Krämpfen prädisponirt sind. Allein die oberflächlichste Prüfung lässt sogleich erkennen, dass zwischen den Konvulsionen als reinen Neurosen und den Konvulsionen, die hier gemeint sind, durchaus keine Analogie stattfindet. Meine Annahme entbehrt also alles Grundes und ich habe selber sie schon längst verworfen. Ich schliesse mich jetzt eher der Ansicht Rilliet's an, obwohl mir, wie gesagt, die Thatsachen fehlen, sie wissenschaftlich zu formuliren.

12) Man begreift leicht, wie wichtig eine befriedigende Lösung dieser Frage für die Prognose und Behandlung ist. Die Prognose stellt sich anders, wenn man die Konvulsionen für eine einfache Funktionsstörung oder im Gegentheile für die Folge einer materiellen Veränderung oder gar einer Intoxikation des Blutes ansieht. Immer aber muss man im Auge behalten, dass das primäre Leiden in einem anderen Organe und nicht im Gehirne seinen Sitz hat und dass jedenfalls die Affektion des Gehirnes, von welcher Art sie auch sei, eine sehr bedenkliche Komplikation der primitiven Krankheit bildet.

Es ist einleuchtend, dass auch für die Behandlung alles Dieses von grosser Wichtigkeit ist; indessen wäre es zu gewagt, von blossen Theorieen und Hypothesen eine Medikation zu abstrahiren. In einem der von mir angeführten Fälle sind Blutentziehungen mit glücklichem Erfolge vorgenommen worden; in einem anderen Falle ist die Heilung nach aromatischen Räucherungen eingetreten und dennoch wäre es viel zu kühn, daraus schliessen zu wollen, dass diese beiden Mittel einen wirklichen Einfluss auf den Gang der Krankheit gehabt haben. Rilliet hat für gewisse Fälle feine Hauteinstiche angerathen, um dem im subkutanen Zellgewebe angesammelten Serum einen Auslass zu verschaffen. Allein bei unseren Kindern war kein Oedem vorhanden. Neuerlich hat man Digitalis, Kalomel, Brechweinstein angerathen; unter Umständen, die vielleicht später noch näher festgestellt werden können, mögen sie alle indizirt sein.

Leider ist immer zu besorgen, dass die Krankheit plötzlich eintrete und gleich tödtlich sich endige, ohne dass die Hilfe der Kunst eintreten könne. Wie kommt der Tod, ein so plötzlicher Tod, in diesen Fällen? Wir wissen es nicht und besser dürfte es sein, um seine Verhütung, als um seine Erklärung sich zu bemühen."

VI. Miszellen.

Sterblichkeit der Kinder.

Im Annuaire du bureau des longitudes hat Hr. Mathieu folgende Berechnung aufgestellt, die sich jedoch nur auf Frankreich bezieht: Im ersten Lebensjahre stirbt $^1/_6$ aller Kinder; das zweite Lebensjahr erreicht nicht $^1/_4$; das vierte erreicht $^1/_4$; das vierzehnte $^1/_3$. Im 42. Lebensjahre lebt noch die Hälfte aller zu einer Zeit Geborenen; im 62. Lebensjahre ein Drittel; im 69. Lebensjahre $^1/_4$; im 72. Lebensjahre $^1/_5$; im 75. Lebensjahre $^1/_6$. Von 970,000 Kindern, welche jährlich in Frankreich geboren werden, erreichen also nur 613,981 das zwanzigste Lebensjahr.

Ein zweites Kinderkrankenhaus in Paris

ist auf Befehl des Kaisers aus dem Hôpital St. Marguèrite gebildet worden. Herr Barthez, der schriftstellerische Genosse Rilliet's, Mitarbeiter dieser Zeitschrift, ist zum dirigirenden Arzte ernannt.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankh. werden erbeten u. nach Erscheinen jedes Heftes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man denselben od. den Verlegern einzusenden.

[BAND XXII.] ERLANGEN, MAI u. JUNI 1854. [HEFT 5 u. 6.]

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Ueber einige gesundheitsschädliche Einflüsse, welchen ältere Kinder bei Verwendung zu verschiedenen Gewerben ausgesetzt sind, vorgetragen in der Sektionssitzung für Staatsarzneikunde der k. k. Gesellschaft der Aerzte von Prof. Mauthner in Wien.

Indem ich hiermit Einiges aus meiner Erfahrung über die gesundheitswidrigen Einflüsse, denen ältere Kinder bei Verwendung zu verschiedenen Gewerben ausgesetzt sind, mitzutheilen die Ehre habe, scheint es mir nicht unpassend, vorerst jene Schädlichkeiten zu berühren, welchen die Kinder aus der ärmeren Klasse der Gewerbtreibenden schon zu Hause bei ihren Eltern unterliegen.

Der Arme ist gewöhnlich mit Kindern gesegnet und daher durch die Noth gezwungen, die körperliche Kraft seiner Kinder zu verwerthen. Der kleine Knabe muss schon dem Vater Lasten tragen helfen, das kleine Mädchen die Mutter beim Herumtragen der Wickelkinder ersetzen; drei- bis vierjährige Kinder schickt man nach Holz, das der Arme scheiterweise kauft, nach Brod, nach Wein oder Bier und nach anderen häuslichen Bedürfnissen. Nicht selten werden dadurch die kindlichen Kräfte zu sehr in Anspruch genommen und so Schiefhaltung des Körpers, allgemeines Verkümmern und Zurückbleiben im Wachsthum erzeugt; denn die körperliche Rüstigkeit will Zeit zur Entwickelung haben und kommt nicht zur vollen Ausbildung, wenn dem noch zarten Körper zu viel aufgebürdet und zugemuthet wird.

Die Kinder der ärmeren gewerbetreibenden Familien sind zu Hause auch noch auf eine andere Weise in ihrer Gesundheit gefährdet; denn in Folge der Beschränktheit der Wohnung sind sie allen den nachtheiligen Einflüssen ausgesetzt, welche der Betrieb der verschiedenen Gewerbe mit sich bringt. So ist mir vor einiger Zeit der Fall vorgekommen, dass ein Silberarbeitergeselle einen Lederlappen, der von einem Amalgam von Quecksilber und Platin durchdrungen war, im engen Stübchen ausklopfte, dann die Metalltheile abkratzte und in der nebenbefindlichen Küche in einem Tiegel erhitzte. Die sich entwickelnden Quecksilberdämpfe drangen ins Zimmer; er und sein Weib verspürten Tags darauf Anzeichen von Speichelfluss, die sich bald verloren; bei ihrem zehnjährigen Knaben entstand aber eine heftige Hydrargyrose, womit man ihn ins Kinderspital brachte. Er wurde erst nach längerer Zeit davon befreit.

Manches scheinbar zufällige Kranksein der Kinder steht mit den gewerblichen Verhältnissen der Eltern in einem innigen ätiologischen Zusammenhange. Die saure Weberschlichte z. B., womit das Garn in den Weisswaarenfabriken befeuchtet wird, entwickelt eine eigenthümliche, üble Ausdünstung, welche auf die zarten kindlichen Luftwege sehr feindselig einwirkt. Die Kinder dieser Weber unterliegen blennorrhoischen Katarrhen und ich hatte das Unglück, drei Kinder einer solchen Familie an einem Leiden dieser Art in kurzer Zeit zu verlieren *). Halfort's Bemerkung in seinem Werke über die Krankheiten der Gewerbetreibenden S. 616, dass die Weberschlichte der Gesundheit schädlich sei und dass man statt derselben einen Pflanzenleim aus dem Mehle der Phalaris canariensis substituiren könnte, ist bei unseren Webern bisher unbekannt und unbeachtet.

In den Werkstätten armer Schneider verbreitet die Ausdünstung der darin zusammengehockt sitzenden Arbeiter und die Anhäufung alter Kleidungsstücke einen ganz charakteristischen üblen Geruch, der, da er Tag und Nacht von den ohnehin schwächlichen Kindern eingeathmet wird, beitragen mag zu der bei den armen

*) Im Jahre 1845 versuchte ich durch populäre Vorträge über Diätetik für Gewerbtreibende im hiesigen N. Oest. Gewerbevereine Aufklärung über dergleichen Schädlichkeiten zu verbreiten, sie fanden aber nicht den gewünschten Anklang.

Schneiderkindern so auffallend häufigen und bösartigen Rhachitis und Skrophulose.

Die Kinder der Fleischer, Fleischselcher und Stechviehhändler (Kälber- und Schweineschlächter) leiden meist an hartnäckigen Ekzemen (Impetigines) und anderen chronischen Ausschlägen; die Kinder der Bäcker sind gewöhnlich blass und gedunsen; die der Vergolder unterliegen chronischen Augenentzündungen, besonders Blepharoadenitis, wozu wahrscheinlich der feine trockene Gypsstaub beiträgt, mit welchem die Luft in den Räumlichkeiten der Vergolder geschwängert ist.

Gefährliche Zufälle sah ich bei Kindern durch Farbstoffe entstehen, welche die Eltern zu ihrem Gewerbe verwenden. So wurde im Jahre 1838 ein zehnjähriger Knabe im Kinderspitale an einer Kupfervergiftung behandelt, dessen Vater grüne Tapeten malte, während der Knabe ihm beim Reiben der Farbe, die Grünspan enthielt, seit vier Monaten behülflich gewesen war. Periodische Krämpfe, Erbrechen, Kolikschmerzen, Zittern an Händen und Füssen waren die Hauptsymptome des Leidens, das erst nach zwei Monate langer Behandlung mit Douchebädern, Ipecacuanha in refracta dosi, Nux vomica u. s. w. beseitigt wurde.

Indem ich nun zum Hauptthema meines Vortrages gelange, muss ich vor Allem bemerken, dass der Arme im Allgemeinen bei der Wahl (wenn überhaupt von einer solchen die Rede sein kann) des gewerblichen Berufes für sein Kind viel zu leichtfertig vorgeht. „Mein Bube soll ein Schneider werden, wie ich es bin, oder ein Schuster wie sein Taufpathe." — Ob der Junge körperlich dazu geeignet ist, wird nicht viel gefragt und so kommt es, dass der Junge während der Lehrzeit kränkelt und zuletzt in seinem Berufe den Todtfeind seiner Gesundheit und seines Lebens erkennt.

Mädchen werden oft der Blumenmacherei gewidmet. Diese Art von Industrie hat das Eigene, dass sich der ganze Geschäftsbetrieb auf wenige Monate im Jahre, namentlich um die Karnevalszeit herum, konzentrirt. In solcher Zeit wird Tag und Nacht gearbeitet und Gross und Klein dabei auf eine ungewöhnlich anstrengende Weise in Anspruch genommen. Die Mädchen sind oft in kleinen, schlecht gelüfteten Zimmern zusammengedrängt, verfertigen daselbst bei einem kärglichen Lampenlichte feine bunte, die Augen anstrengende Blumen und werden schlecht genährt und schlecht bezahlt. Unter so manchen anderen schweren Er-

krankungsfällen dieser Mädchen erwähne ich nur einer entzündlichen Erweichung des Rückenmarkes bei einer 11 Jahre alten Blumenmacherin (welcher Fall ausführlich in meinem Werke über Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten der Kinder S. 421 beschrieben ist). Dieses Mädchen musste fast Tag und Nacht mit gebücktem Körper sitzen und war während der Arbeit dem Luftzuge ausgesetzt. Sie lebte früher auf dem Lande und war stets gesund. Drei Wochen vor ihrer Aufnahme ins Kinderspital (26. Dez. 1843) wurde sie von ziehenden, reissenden Schmerzen im Genicke befallen, wobei jede Bewegung schmerzte, sie liess daher den Kopf nach vorne hängen. Es entwickelte sich Achor occipitis und viel Ungeziefer, weshalb man ihr das schwarze Kopfhaar abschnitt und graue Salbe einrieb. Die Genickschmerzen nahmen immer zu und sie ward nun auf beiden Armen gelähmt; als sie endlich nicht mehr auf den Füssen stehen konnte, brachte man sie ins Spital. Ich behandelte sie vom 26. Dezember bis 6. Januar 1844. — Trotz aller angewandten Mittel starb sie. Die Sektion ergab eine gelbe, weiche, butterähnliche Erweichung der Medulla oblongata und fast breiige weisse Erweichung des übrigen Markes bis zur Cauda, welche normal war; sämmtliche Organe der Brust und des Unterleibes schlaff; die Milz breiig.

Unter den Lehrjungen der Goldarbeiter kommen häufig Blähhälse (?) vor, die sich in Folge des Gebrauches des Löthrohres entwickeln; bei älteren Arbeitern, die lange und viel mit dem Löthrohre gearbeitet haben, ist Blähhals etwas Gewöhnliches. Das Einathmen des Staubes beim Zurichten der Löthkohlen, die platt gerieben werden müssen, vertragen brustschwache Jungen nicht; eben so schädlich ist ihnen der Staub beim sogenannten Kratzsieben (Reinigen der Abfälle von Gold- und Silbertheilchen), welches in jedem ordentlich eingerichteten Geschäfte wenigstens einmal wöchentlich den Lehrjungen trifft. Bei Juwelieren und Goldarbeitern wird fünf Monate hindurch und zwar zwei Monate täglich vierthalb Stunden bei Licht gearbeitet. Da man sich in diesen Werkstätten noch häufig zur Verstärkung des Lichtes der Wasserkugeln bedient, so leiden dabei die Augen der jungen Leute ausserordentlich. Ein erfahrener Gewerbsmann versicherte mich, dass dies allein die Ursache der frühzeitigen Gesichtsschwäche so vieler Goldarbeitergehilfen sei, wodurch sie in späterem Alter sich auf solche Arbeiten beschränken müssen, die einen kärglichen Lohn abwerfen. Es erleiden auch die Lehrjungen

beim Steinfassen nicht selten Rückgratsverkrümmungen, da sie dabei die linke Achsel tief an den Werktisch lehnen, die rechte Schulter aber wegen Handhabung der Werkzeuge stets bedeutend höher halten müssen. Endlich ist der Goldarbeiter beim Schmelzen dem Einathmen von Blei-, Schwefel-, Salmiak- und Salpeterdämpfen und bei der Feuervergoldung (die wohl jetzt durch die galvanische ersetzt ist) den Quecksilberdämpfen ausgesetzt.

Ueber die mancherlei Schädlichkeiten, welchen Kinder bei ihrer Verwendung in grossen Spinnereien ausgesetzt sind, habe ich bereits im Jahre 1841 im niederösterreichischen Gewerbeverein Einiges mitgetheilt. Die Arbeit, welche den Kindern daselbst zugewiesen wird, übersteigt zwar nicht immer das Maass ihrer Kräfte, allein die lange Dauer und die durch die Maschine gebotene Gleichförmigkeit und Schnelligkeit derselben wirken anstrengend und erschöpfend. Ueberdies müssen diese Kinder oft stundenweit und zu jeder Jahreszeit den Fabriken zueilen, da sie nicht selten entfernt von denselben wohnen, wodurch ihnen kaum fünf Stunden zur nächtlichen Ruhe bleiben. „Gewöhnlich, schreibt ein genauer Kenner dieser Verhältnisse, „nimmt der von der Fabrik besoldete Arbeiter diejenigen Kinder auf, die er zur Fertigung seiner Arbeit braucht. Dass diese Unterdienstgeber mit strenger Härte gegen die Kinder verfahren, lässt sich leicht entnehmen, wenn man bedenkt, dass die Eltern derselben abwesend sind und da sie sich unglücklich fühlen, wenn das Kind aus der Arbeit entlassen wird. — Was geniessen diese Kinder, wenn sie in der Woche 3 bis 4 fl. W. W. (1 fl. 36 kr. CM.) verdienen, die sie den Eltern nach Hause bringen müssen; wenn sie ferne von ihren Eltern bei der Fabrik ihr Mittagmahl, ihr Frühstück u. s. w. einnehmen? Fabriken, schliesst er, sind grossen Körpern gleich, welche in Verfolgung ihrer speziellen Zwecke immer bemüht sind, sich möglichst selbstständig zu stellen, und die jede öffentliche Kontrole zu beseitigen suchen."

In Seidenzeugfabriken werden die Lehrjungen und Lehrmädchen mit Spuhlen beschäftigt; da diese Beschäftigung stehend geschieht und 10—12 Stunden hindurch mit einer freien Stunde zum Essen andauert, so ist sie allerdings sehr anstrengend und ermüdend. In Baumwoll- und Schafwollwebereien sitzen dagegen die Kinder während der ganzen Arbeitszeit, die 13 bis 14 Stunden dauert; sie werden als sogenannte Stecker am Stuhle neben dem Arbeiter verwendet. Bei Posamentierern werden die

Lehrjungen durch das Andrücken des Brustbeines an das sogenannte Brustbrettel am Stuhle nicht selten brustleidend; ich beobachtete selbst Beinhautentzündung am Sternum in Folge des anhaltenden Druckes desselben. — In Druckfabriken werden 8 bis 10jährige Kinder als Streicher (Bestreichen des Modells mit Farbe) gebraucht. Diese Kinder werden vom Drucker aufgenommen und ihr Loos ist nicht beneidenswerth. So kam im Januar 1844 das 9 Jahre alte Mädchen Anna Meier in Lumpen gehüllt mit heftiger Pneumonie behaftet in die Anstalt. Sie konnte weder lesen noch schreiben, befand sich seit einem Jahre als Streichermädel in einer Druckfabrik, wo sie um 6 Uhr früh eintreffen musste; über Mittag blieb sie in der Fabrik und ass daselbst nichts als Brod; Abends 7 Uhr ging sie nach Hause. Die Fabrik war dreiviertel Stunden weit von ihrer Wohnung entfernt; ihr Lohn bestand wöchentlich in 2 fl. W. W. (48 kr. CM.), sie bekam häufig Puckeln (d. h. Schläge) von ihrem Drucker. — Ein anderer 10jähriger Knabe Jos. Müller wurde von seinem Drucker der Art auf die Schulter mit dem Modell geschlagen, dass er am 29. Oktober 1845 in einem jammervollen Zustande mit Caries humeri behaftet ins Spital kam. Ueberhaupt sind es meist schwere und verwahrloste Fälle, womit diese Streicher-Kinder ins Spital kommen.

Wenn nun auch der Arzt zur Abwendung dieser hier erwähnten gesundheitsschädlichen Einflüsse wenig zu thun vermag, da sie vom Fabriks- und Gewerbsbetriebe leider unzertrennlich sind, so ist es jedoch gewiss nicht ohne Nutzen, dieselben zu kennen und bei Erkrankungen dieser Kinder darauf Rücksicht zu nehmen.

Zur Lehre von den Scharlachepidemieen. Von Dr. Santlus zu Hadamar.

Der Krankheitsgenius vom Jahre 1850 bot in seiner Entwickelungsgeschichte eine in den Ortschaften der Grafschaft Westerburg während der Monate Mai, Juni etc. aufgetretene Scharlachepidemie dar, welche wegen ihrer vorwiegend gastrisch-katarrhalischen Grundlage und auf ihrer Höhe sich zeigenden Leberkomplikation der Veröffentlichung werth sein dürfte. Schon im Januar

jenes Jahres wurden daselbst gallichte Pneumonieen, herübergegangen aus der gastrischen Konstitution des Nachsommers von 1849, häufig beobachtet. — Ende Januar aber konzentrirten sich die krankhaften Affektionen vorherrschend auf die Schleimhäute der Deglutitionsorgane, so wie der Bronchien, und riefen heftige Bronchialkatarrhe, selbst Bronchitis, dem Krup ähnlich, hervor. Im Pfarrdorfe W. erwachte der schon das Jahr zuvor daselbst grassirende Keuchhusten wieder und allenthalben sah man bei Erwachsenen katarrhalische Anginen mit Parotidengeschwülsten und schon Anfangs Februar häufig Rosaceen, namentlich die Gesichtsrose, in vielen Dorfschaften, was um so weniger auffallen dürfte, da dieselbe in der ausgebildeten gastrischen Konstitution der vorausgegangenen Jahre feste Wurzeln gefasst hatten und meistens nur der Reflex gastrischer Zustände zu sein pflegen. — Auch hatten die im Monate Februar interkurrirenden Artikularrheumatismen den Zug der Krankheiten nach aussen, die epidermatische Tendenz, recht vorbereitet, so zwar, dass Gelenkrheumatismen mit Gelenkrosen häufig beobachtet wurden und eine Vorliebe zu Hauteruptionen nicht zu verkennen war; denn trotz der rheumatischen Pleuresieen, welche hie und da noch auftraten, behauptete die exanthematische Tendenz ihr Vorwiegen und schon Anfangs Mai wurden im Dorfe W., zunächst bei dem Städtchen W., die ersten Spuren fieberhafter Exantheme angetroffen. Sie sprachen sich aber mehr als eine zwischen Masern, Friesel und dem Scharlach in der Mitte schwebende Hauteruption, welche bald Roseola, bald Rubeola etc. genannt wird, aus.

Es traten nämlich rothe Flecken von unregelmässiger Begrenzung und in distinkter Gestalt auf die Haut, welche unter gastrischen Fiebersymptomen einen regelmässigen Cyklus verliefen und in ihrem Verlaufe gestört ödematöse (Gelenk-) Infiltrationen, — schon Annäherungen an den skarlatinösen Hydrops — namentlich der Unterextremitäten, zurückliessen. In dem Dorfe S. waren diese gefleckten Oedeme häufig und in Folge ihres dynamischen Charakters zwei Kinder daran gestorben. — Ende März häuften sich die Anginen, die bösen Hälse, die erysipelatösen Geschwülste immer mehr und im April erwachte die katarrhalisch-gastrische Tendenz so heftig, dass Katarrhe in allen Formen — als Grippe der Respirationsorgane und als ruhrartige Durchfälle — Bauchgrippe — häufig angetroffen worden sind. Letztere endeten gerne in Ascites.

Diese Zustände währten bis zu Anfang Mai und waren in manchen Orten von vorübergehenden, typhösen Prozessen begleitet. So waren z. B. in denselben Monaten die katarrhalisch-gastrischen Fieber fast alle mit typhösem Charakter aufgetreten. Ende Mai und Anfangs Juni hatten sie Aehnlichkeit mit den torpid-mukösen Fiebern und verbreiteten sich als solche beinahe über alle Ortschaften der Grafschaft. In W. belief sich die Zahl der Erkrankungen auf mehrere 60, von denen nur 4 gestorben waren. Diese typhusähnliche (typhoide) Invasion hatte indessen einen mehr interkurrirenden Charakter und verschwand schon wieder Ende Juni; dagegen blieb der gastrische vorherrschend und schon während des Stad. decrementi dieser typhösen Episode hatte sich die oben bereits beschriebene, exanthematische Tendenz wieder geltend gemacht und schon Anfangs Juni so sehr ausgesprochen, dass, während bei Erwachsenen Urtikarien, Roseolen auftraten, das Scharlachfieber die Kinder ganzer Familien befallen hatte. Der erste Fall der Erkrankungen wurde indessen, doch seltsamer Weise, in dem Dorfe W. bei einem 19jährigen Burschen beobachtet, wo bald die Krankheit kurz darauf in mehrere Häuser eingedrungen ist. — In der Stadt W. waren um jene Zeit wenige Häuser, wo nicht entweder Scharlach bei den Kindern oder irgend ein anderes rosenartiges Hautexanthem angetroffen worden ist. — Bei den ersten Exemplaren der Scharlacheruption hatte das Exanthem theilweise noch den Charakter der Rubeola (Rubeola scarlatinoides). Es bedeckten nämlich die Hautfläche distinkte, rothe, etwas über sie erhabene Flecken von verschiedener Grösse, welche zuweilen mit sehr gelinden, anginösen Erscheinungen begleitet gewesen sind. Auch gab es umgekehrte Fälle. — Später aber kondensirte sich der Krankheitsprozess mehr und mehr und in der Mitte Juni traten die ausgebildetsten Formen der Scarlatina hervor. — Die Kinder waren einige Tage vor dem Ausbruche verdriesslich, traurig, blass im Gesichte, müde, und verlangten fast immer zu schlafen. In der Regel bekamen sie zwischen dem vierten und fünften Tage gegen Abend Hitze, heisse Haut, dann Schlaflosigkeit, Unruhe, viel Durst, belegte Zunge, Stuhlverhaltung, meist Brechneigung und 3—4 Tage darauf das eigenthümliche Scharlachexanthem. Die Eruption begann, wie immer, im Gesichte und stieg binnen zwei mal 24 Stunden über den Hals und die Brust herab bis zu den Füssen. — Bald sahen die Kinder aus wie gesottene Krebse, bald hatte ihre Haut

ein mehr roth marmorirtes Aussehen, indem die grösseren und kleineren Scharlachflecken in einander überflossen und eine Art geflammter Röthe über die ganze Oberfläche des Körpers verbreiteten. — Nur in zwei einzigen Fällen beobachtete ich den die Scarlatina sonst gewöhnlich begleitenden, exquisiten Anginaprozess und die ganze Grundlage des Fiebers war durchgehends mehr gastrischer Natur. Ganz charakteristisch war der Zungenbeleg, indem die einzelnen Zungenpapillen verlängert über ihre Epithelialschichte hervorragten. Dadurch bekam die Zungenoberfläche wirklich Aehnlichkeit mit dem Aeusseren einer Erdbeere. Der eigentliche gastrische Beleg stiess sich ab, sobald das Exanthem seine Runde gehalten, die Erdbeerzunge währte aber bis in die Desquamationsperiode. — Bei einigen, aber sehr wenigen Kindern verlief der ganze Prozess fast ohne bemerkbare Fieberspuren, dessenungeachtet aber regelmässig, so wie auch die Abschuppung. Nur in zwei Fällen entwickelt sich das Exanthem unvollkommen. Es entstand keine Abschuppung, dagegen Eiweissharnen, Scharlachwassersucht und in einem Falle durch Hydrops acutus — in Folge Ausschwitzung in die Gehirn- und Rückenmarkshöhle — auf apoplektische Weise der Tod. — Je älter die Kranken indessen waren, desto heftiger waren die Fieberzufälle. Bei einem Manne von 24 und einer Frau von 38 Jahren entwickelte sich das Exanthem nur unter Konvulsionen, Delirien und dem heftigsten Ergriffensein des Allgemeingefühles. Zwischen dem 9. und 12. Tage begann in der Regel die Abschuppung. Zuerst erhob sich die Haut blasenförmig, wie Luftfriesel, und stiess sich bald in kleineren, bald in grösseren Fetzen ab. Dieser Enthäutungsprozess beobachtete denselben Reihengang, wie die Eruption, von oben nach unten. Besonders ausgesprochen war dieser Abschülferungsprozess, der sich in der Regel bis zu 4 und 5 Wochen hinauszog, an den Oberextremitäten, wo sich die Epidermis bis zu den Nägeln und bis in die Handfläche abtrennte. Nach der Desquamation glichen die Kranken gebleichten Wachsbildern und die junge Haut fühlte sich wie weicher Sammt an. Neben dem Scharlach wurden auch in einigen Familien Varizellen — also Uebergänge zu den blasigen Erysipelen — wahrgenommen. Im Monate September begann die Epidemie ihre Revolution und bot hierin eine wahre Flora exanthematica. Denn während noch im Juli und August der Scharlach bald als Frieseleruption, bald als Scarlatina laevigata truppweise fortdauerte, hatte derselbe anderer-

seits in dem Dorfe G. bereits schon September eine höhere, organisirte, den Varizellen ähnliche, bullöse Modifikation angetreten, welche im Oktober als Röthelprozess ihr Dasein erschöpfte. Zu dieser Zeit bekamen die Kinder wieder rauhe- und böse Hälse und wurden unter den begünstigenden Herbsteinflüssen von darlei Bastardexanthemen heimgesucht, welchen zwar durchaus kein generischer Charakter abzugewinnen gewesen ist, bei denen aber neben einer eigenthümlichen Knötchenbildung die der Scarlatina eigenthümliche Desquamation sich nicht verkennen liess. Diese Beobachtung war so konstant, dass selbst in Fällen, wo das Exanthem nur höchst unbedeutend auftrat, diese Abschuppung angetroffen worden ist. —

Selbst bei mehreren in jenen Monaten behandelten Typhen — in der Familie K. zu W. — stellte sich diese Tendenz noch deutlich in dem Rekonvaleszenzstadium ein.

In den Monaten Oktober und November rückten die gastrischen Symptome nunmehr auf das Lebergebiet und sprechen sich zuweilen als exquisite Entzündungsprozesse der Leber aus. Die Kranken bekamen dann unter Fieberschauer Präkordialsymptome, zitronengelbe Zunge, bitteren Geschmack, Cephalee, dunkelen Harn, lehmartige Ausleerungen, bitteres Erbrechen und nach 3—4 Tagen einen Ikterus besonderer Art (er glich mehr der Tombakfarbe) über den ganzen Körper, welcher etwa nach 8 Tagen erblasste und die Leberaffektion zu Ende führte. Auch hier erschien eine leichte, unbedeutende Abschuppung, welche sich jedoch nur auf das Gesicht und die Hände und Füsse beschränkt hatte. Ich habe zu jener Zeitperiode 10 Kranke an dieser Leberaffektion behandelt und immer den nachfolgenden Ikterus wahrgenommen. Ob nun derselbe eine kritische Tendenz verfolgte, oder ob er zugleich ein spezifisches Leberexanthem als Hautreflex bei Leberaffektionen darstellte, will ich Denen überlassen, welchen die Theorie besser fliesst, bemerke aber, dass diese gelbsüchtige Hautfarbe bei Leberleiden zu einer Zeit, wo beinahe alle pathologischen Prozesse ihre Reflexe, ihre Blüthen nach aussen zu entwickeln strebten —, wo, so zu sagen, alles Pathologische Exanthem zu werden schien, zugleich als Leberexanthem auftreten konnte. Soll ja schon bei gewöhnlichem Ikterus die Haut als vikariirende Thätigkeit der Cholopoëse fungiren und so diese Ansicht Wahrheit ist, können auch zur Zeit des Genius exanthematicus Leberübel sich zu exanthematisiren im Stande sein, zumal

wenn gleich den meisten Exanthemen das Absterben der gelbgefärbten Epidermalschichten in Folge von Fremdwucherungen regelmässig sich einstellte und darnach sogleich die Gesundheit wieder hergestellt war.

Auch besteht ja zwischen Leber und Hautorgan eine weit nähere Beziehung, als man gewöhnlich zu glauben pflegt und Pruner schreibt sogar die primitiven Gelbsuchten ausschliesslich der unterdrückten Hautausdünstung zu. Eine andere dieser exanthematischen Formbildungen aus jener Zeitperiode war jene, welche sich ebenfalls unter gastrischen Fieberzuständen als eine den Urtikarien ähnliche Eruption darstellte, aber sonderbarer Weise sich nicht über die Wurzelgelenke der Extremitäten erstreckt hatte. Derlei sah ich zwei Exemplare im Dorfe S. — In W. konzentrirte sich eine solche fieberhafte Urticaria als förmlicher Zoster von der rechten Brusthälfte halbkreisförmig bis zum rechten Schulterblatte. Diese Zona verhielt sich indessen keineswegs als erysipelatöser Gürtel, sondern rein als bügellichtes Aggregat von sich angränzenden Urtikarien oder paternosterartig aneinandergereihten Quaddelbildungen. Auch bei diesem Strichexanthem war die Abschuppung, wenn gleich mehr brockenförmig, beobachtet worden. — In P., wo die Scarlatina als sogenannter Scharlachfriesel beinahe alle Kinder des Dorfes und sogar eine erwachsene Frau von 40 Jahren heimsuchte, folgten in einem einzigen Falle zur Zeit der Abschuppungsperiode Petechien, Stomakace, Oterrhoe und unter nicht zu stillendem Nasenbluten und kruenten Stuhlgängen (Scarlatina putrida) der Tod. Von den beobachteten Scharlachfrieselexemplaren lehrte mich die Mikroskopie, so viel mir eigene Apparate zu Gebote standen, dass die kleinen Scharlachfrieselbläschen nach Art der Blattern auf der Spitze eine nabelförmige Vertiefung, aber keine Innenzellen besassen und nur eine opalescirende Lymphe enthielten. Auch umgab die kleinen Pusteln in der ringsum aufgewulsteten Epidermisschichte ein hochrother Halo. —

Hatten, wie schon bemerkt, diese ihrer Form nach verwischten Exantheme in den Monaten Juli, August, September, Oktober ihre unverkennbare Tendenz zur Kapillarität, so traten sie am Schlusse des Novembers schon wieder mehr zur Plattform über. Die Haut der Befallenen wurde mit kleinen, strichartigen Pünktchen, welche über die Oberhaut nicht im geringsten her-

vorragten, gesprenkelt angetroffen. In S. und G. fanden sich die letzten Exemplare, wo aber die Zufälle so depotenzirt gewesen sind, dass die Kranken kaum mehr das Bett, ja selbst das Zimmer zu hüten brauchten. Bei diesen Bastard- und Abortivformen waren indessen die Schleimhautsymptome des Scharlachs, wenn auch in sehr geringem Grade und nicht allenthalben, dennoch betroffen worden. — So gutartig die Epidemie im Frühling verlief, so bösartig war sie in den Herbstmonaten durch ihre Nachkrankheiten. So beobachtete ich in W. 2, in P. 3, in G. 5, im S. 2 und im Mssb. 1 Fall von intensiver Scharlachwassersucht. Die anasarköse Geschwulst begann in der Regel, dem Verlaufe des Exanthemes folgend, im Gesichte und erstreckte sich von da über die ganze Oberfläche des Körpers. Ein einziger Fall einer krätzähnlichen Nachkrise (Supplementarkrise) wurde bei dem Kinde des Pfarrers B. zu W. beobachtet. —

Ich füge nun einige Bemerkungen bei. Die Desquamation ist als die eigentliche Krise des Krankheitsverlaufes anzusehen und die selbst von Schneemann so sehr hervorgehobenen Speckeinreibungen (Fettbäder) haben nach den jüngsten Erfahrungen trotz aller Versicherung den Krankheitszyklus nicht zu verkürzen und die Abschuppung nicht immer zu verhüten vermocht. Als Enthäutungsprozess hängt sie auch so sehr mit der Neubildung und Hautmetamorphose zusammen, dass dieser Prozess wirklich nicht sowohl ein destruktiver, als vielmehr ein plastischer benannt werden kann. Der Scharlachhydrops pflegt nur da auf dem Fusse zu folgen, wo in der Regel die kritische Abschuppung gar nicht oder nur unvollkommen eingetreten ist.

Sie steht daher mit der Krisenbildung in unmittelbarer Dependenz und vertritt als solche, wenn gleich auf entgegengesetztem Wege, die kritische Bedeutung des Scharlachfiebers. Es wird daher auch die unter dem Namen Scharlachwassersucht auftretende Scharlachexsudation als ein analoges und plastisches Produkt anzusehen und in dieser Weise der antiplastische Heilapparat mit nur wenigen Ausnahmen nicht nur allein zu rechtfertigen, sondern auch nur allein vom glücklichsten Erfolge jederzeit begleitet sein. In dieser Weise spricht auch Behrend (dess. Journ. 1849, S. 161) von einem entzündlichen Exsudate, wodurch bei nephritischer Scharlachwassersucht sogar die Kapillargefässe und die Röhrchen der Kortikalsubstanz der Nieren obliterirt und

mit mikroskopischen Exsudatkügelchen gefüllt angetroffen werden —, als deren Ursache die im Harne und im Blute befindlichen Eiweissgehalte zu betrachten seien. —

Diesen mehr als entzündliches Exsudat gesetzten Scharlachhydrops hält Behrend auch dessfalls für den günstigeren, weil er mit noch grösserer Aktivität des Organismus, mit dem Charakter der Hyperämie, ja selbst der Hämitis einhergeht und empfiehlt deshalb auch dringend die salinische Behandlungsweise. —

Wenn nun gleich das Scharlachödem so wie Scharlachanasarka sich von den übrigen Hydropsieen dadurch unterscheiden, dass sie mehr mit den Attributen der Koagulation, letztere aber mit denen der Dissolution und Defibrination einhergehen, so verhält sich natürlich bei der Behandlungsweise die Indikation bezüglich schwächlicher und anämischer Kinder, wo sich das Exanthem wegen Dekrepidität der Konstitution nicht vollkommen zu entwickeln im Stande ist, ganz anders. Hier erfordert natürlich die ganze Konstitution, so wie selbst der zögernde Ausbruch des Exanthemes flüchtige Roborantien und im Hydropsstadium das Eisen. Und hier hat Rademacher Recht, wenn er zwischen einem Eisen-, Salpeter- und Kupferscharlach unterschieden wissen will. — Auch die Krasenlehre legt dem Scharlachexantheme eine Hyperplastemie des Blutes zu Grunde, deren Intensität und Lokalisation sich bekanntermaassen als phlogistischer Zustand in der Rachenhöhle und der Trachea ausprägt. Die Theorie des nephritischen Hydrops, welche die Wesenheit der Scharlachwassersucht in die oben von Behrend behauptete Ablagerung von agglutinirten und agglutinirenden Albuminstoffen mit wässerigen Exsudaten setzt, scheint demnach ebenfalls die exsudative, plastische Tendenz nicht zu beanstanden, indem sie zugesteht, dass das uropoëtische System das kritische Filtrum für die vorhandene Hyperplastemie, so wie die Haut die Auswurfsstelle der hyperplastischen Stoffe, nicht aber die causa efficiens des Scharlachhydrops selbst darstellen. Nach dem Gesetze des Antagonismus vikariirt die Niere für das Hautorgan, sobald die Exkrementation desselben, sie sei nun die santorinische oder trete in Form der exanthematischen Elimination auf, beeinträchtigt, behindert oder gar aufgehoben ist. Niere und Haut sind die bei Scharlachhydrops gleichnamigen Auswurfsstellen, so wie in höheren Graden desselben die Gehirn- und Rückenmarkshöhle, das Herz, die Lungen- und Bauchhöhle und überhaupt alle Kavernen, wo die seröse Polarität Statt hat. —

Schon aus diesen Gründen, dass diese albuminösen, serösen Exsudate — über deren Verhalten uns die Chemie die sichersten Aufschlüsse ertheilen würde — allenthalben in den Höhlenapparaten des Organismus vorgekommen sind, widerstreitet die Annahme eines nephritischen, solitären Scharlachhydrops der Erfahrung. — Bei torpiden, kakochymischen Individuen ist natürlich nach Art der Konstitution diese aktive Tendenz depotenzirt, aufgehoben und nimmt in manchen Fällen sogar den Charakter der Dissolution an. Solche Fälle werden unter dem Namen der anämischen Scharlachwassersucht zusammengefasst, deren Namen das Wesen eines solchen, eigentlich nur torpiden Prozesses um so weniger erschöpft, als die dissolutive Tendenz, welche manche Hydropsformen des Scharlachs begleitet (Petechien), niemals dem anämischen Zustande anzurechnen ist — und die bei Scharlach oft zurückbleibende Leukophlegmasie nicht von fertigen Hydropsexsudaten begleitet, sondern in einer krankhaften Veränderung der Hämatose selbst, namentlich Verminderung der Blutfibrine, aber noch keinem lokalisirten Krankheitsprodukte, begründet ist. — In diesen Fällen betritt zwar die Natur ihre kritischen Wege, das Eigenthümliche der lebendigen Krise aber, die Quelle der Plastizität ist versiecht und dessfalls bleibt auch das höhere plastische Exsudat unerreichbar. — In solchen Fällen halfen keine Diuretica, keine Drastica, keine Salina, sondern die Fibrine, so wie den Cruor des Blutes ersetzende Substanzen, Rothwein, Eisen, frische Luft, sogar bei warmer Bekleidung.

Anlangend nun bei einigen Bemerkungen über die verschiedenen Behandlungsweisen, so ist daselbst vor Allem im Auge zu behalten, wie der Scharlach wegen seines variablen Fiebercharakters von jeher wechselnden Ansichten und wechselnden therapeutischen Methoden unterworfen gewesen ist. Der Scharlach ist sogar keine Krankheit des höheren Alterthums, sondern erst im 16. Jahrhunderte von einigen Autoren (Sennert) deutlich beschrieben worden. In den letzten zwei Jahrhunderten wurde er häufiger als Epidemie beobachtet und datiren sich von dorther die verschiedenen Behandlungsweisen. Unter diesen hatte sich besonders die Methode von Stieglitz mit Brech- und Abführmitteln bei dem sogenannten gewöhnlichen Scharlach geltend gemacht und ist fast bis hieher Grundlage der Therapie verblieben. Vor ihm kannte sie auch schon Wichmann, Sentin, Richter u. A. m. und ist auch in der neuesten Zeit durch Chapmann

zu Philadelphia auf den neuen Kontinent übergegangen. — Eine andere, mehr bei typhösen und zugleich hypersthenischen Epidemieen befolgte Kurmethode ist die des brittischen Arztes Currie, so wie des Ungarn Kolbany. Sie besteht in der Anwendung kalter Begiessungen und hat, wie die Stieglitz'sche Methode, ebenfalls ihre Anhänger gefunden, unter denen sich besonders Nasse und der ältere Autenrieth auszeichneten. — Eine eigene Modifikation bilden die Schneemann'schen Speckeinreibungen, über deren Resultate noch die Debatten nicht beendet sind. — Fast entschieden antiphlogistisch verfuhren die Engländer — Armstrong u. A. — namentlich bei schweren Gehirnzufällen und grosser Oppletion der Brustorgane. In Deutschland beutete Berndt diese Methode besonders aus, während dem die übrigen deutschen Schulen bei solchen Symptomen geeigneter zum Quecksilber und zur topischen Antiphlogose ihre Zuflucht genommen hatten. — Besonders empfohlen wurde das Ammonium carbonicum von Fischer, Schrön, Sachs, von Ammon, Rodius etc., während Löschner bei 403 (1844 und 1845) im Prager Kinderhospitale beobachteten Fällen behauptet: dass ihm kein einziges Scharlachmittel, namentlich auch das Ammonium carb., im geringsten etwas geleistet hätten. — Zuletzt behauptet noch J. B. Brown, dass er mit verdünnter Essigsäure während 6 Jahren mehrere hundert Scharlachkranke gerettet habe. —

Da die oben geschilderte Epidemie durchschnittlich mit dem gutartigsten Charakter auftrat und die meisten Kranken, gewiss doch über 130, nicht einmal ärztliche Hilfe bedurften, mithin der Scharlach als Scarlatina simplex (Coley), unter den gutartigsten Erscheinungen verlief, so war weniger Gelegenheit gegeben, eine Kardinalmethode oder irgend eine souveräne Panaçée anzuwenden. Den Meisten meiner Kranken gab ich Brechmittel und liess sie dann Wasser trinken nach Herzenslust. Nur einmal wirkte ich gegen Stuhlverstopfung mit Bittersalz.

Die Geschichte der Therapie bei Scharlach lehrt indessen, dass von jeher Brechmittel am häufigsten angewendet worden sind und dass hienach die Epidemieen meistens auch gastrischer Natur, seien sie nun mit entzündlicher oder nervöser Komplikation aufgetreten, gewesen sein müssen und dass sich jederzeit am sichersten die Therapie nach dem Fiebercharakter richten werde; denn, wie bei allen Rosaceen, ist das Exanthem blos

Hautreflex, während das Uebel seinen eigentlichen Grund in einem verschieden gearteten, meist gastrischen Zustande auffinden lässt. — Dessfalls fanden auch fast immer Brechmittel Beifall. Sie kannte schon Unzer im med. Hdb. p. 316; Rosenstein, Kinderkrankheiten p. 331; Stoll p. II. p. 54, 55, 163, 165; Plenciz; Eichel etc. Noch besonders empfiehlt sie Stoll bei gallichtem Scharlach p. II. p. 34, 171 u. 247. — Die noch einzige Merkwürdigkeit bot die beschriebene Epidemie darin: dass sie nur in 2 einzigen Fällen von anginösen Beschwerden begleitet gewesen ist und dass mithin Angina nicht wesentlich zum Ausbruche des Scharlachs nöthig ist, noch vorausgehen muss. — Eine solche Epidemie hat auch Becker zu Mühlhausen (Preuss. Vereinszeitung 1845) beobachtet und ähnlicher Weise müssen auch die, zu Sydenham's Zeiten aufgetretenen Scharlachepidemieen verlaufen sein, indem er ihnen kaum den Namen Krankheit gab und kein krankhaftes, irgend wesenhaftes Symptom in Erwähnung brachte. Vergleichen wir die (vielleicht fürchterlichste) Epidemie von 1840 in Warschau, wo in fünf Monaten 2559 Kinder starben und jene von Braun 1840 in Fürth beobachtete, wo sogar ein Mann von 141 Jahren daran erkrankt sein soll, so wird uns die Modalität des Charakters und die Verschiedenheit der Epidemieen den Schlüssel geben: dass der Scharlach als eine moderne Krankheit nur von epidemischen Einflüssen aus betrachtet und behandelt werden müsse und dass es von diesen abhänge, ob er gefährlich oder nicht gefährlich auftreten werde, wobei aber zu bemerken ist, dass er von jeher die meiste Verliebe für die gastrische Konstitution gezeigt habe. —

Die Genese des Scharlachs betreffend, so war bei der gegenwärtig beschriebenen Epidemie Grund vorhanden, dass sich die Krankheit weniger durch Kontagiosität, als vielmehr in Folge der bestehenden Krankheitskonstitution entwickelt habe; denn nirgends wurde eine Isolirung beobachtet und die Gesunden kommunizirten mit den Kranken, ohne angesteckt zu werden. — Das Exanthem hatte sich demnach mehr aus dem Genius exanthematicus, welcher im Vorfrühlinge und im vorausgegangenen Winter des Jahres $18^{49}/_{50}$ schon in den verschiedensten Formen der Erysipelaceen sich zu erschöpfen schien, entwickelt und zwar um so leichter entwickelt, als die Jahre lang vorausgegangene gastrisch-gallichte Sommerkonstitution ihm einen sehr ergiebigen Boden zubereitet hatte. — Die während dieser Scharlachepidemie hie

und da aufgetretenen Varizellen beweisen, dass das in seiner Entwickelung begriffene Exanthem in den blasigen Exanthemen den höchsten Grad seiner Ausbildung zu gewinnen und auf diese Weise seinen Lebenszyklus zu vollenden strebe. — Aus diesem Grunde ist es auch denkbar, warum die Vaccination auf das Scharlachexanthem einen weit milderen Einfluss ausüben könne, da ja die krankhaften Erscheinungen nur eine Kette verschiedener Aeusserungen eines und desselben Krankseins, des erysipelatösen, sein sollen. — Dass nach Autenrieth Scharlach gerne typhösen Prozessen nachfolge, ist um so leichter zu begreifen, wenn man bedenkt, wie häufig aus gastrischen Fiebern mit depotenzirtem Charakter der Typhus sich entwickelt hat und wie überhaupt die gastrischen Zustände sich unter dem Gewande der Adynamieen seit Jahren herumzuschleppen pflegen, und dadurch eine typhöse Blutsepse hervorrufen, wenn die gastrischen Stoffe nicht methodisch erschöpft in den Blutlauf resorbirt werden. — In Bezug auf vergleichende Pathologie füge ich noch die Bemerkung hinzu: dass zu dieser Zeit bei Pferden eine entzündliche Affektion der Halsdrüsen (sogenannter Strengel), fast epizootisch aufgetreten war und dass in W. das Pferd des Fuhrmannes H. an einer Art Hautsklerose mit anginösen Zufällen gelitten habe, so wie, dass sich namentlich diese sklerotische Affektion der Haut in den Inguinalregionen und über den Unterleib ganz deutlich verbreitet hatte. —

Um nun auf das eigentliche Resultat zurückzukommen, so sieht man, wie es die Erfahrung bestätigt, dass die Scharlachepidemieen sich meistens aus dispersen Exanthemformen entwickeln, dass Erysipele, Zonen, Urtikarien, Rosalien etc. vorausgehen und sobald die Schleimhäute durch gastrische oder katarrhalische Affektionen disponirt sind, den diffusen Exanthemen, den Scharlachformen Thor und Riegel geöffnet sind, so wie, dass dieselben auch auf ähnliche Weise wieder zu verschwinden pflegen. —

Ein Fall von Imperforatio recti cum Atresia ani, mitgetheilt von Dr. J. Stein, z. Z. in Frankfurt a. M.

Der Knabe des Hornisten Mayer war am Morgen des 9. März 1854 nach sehr rascher Geburt zur Welt gekommen. Die Mutter, eine kräftige Frau von 25 Jahren, erfreute sich stets

einer guten Gesundheit, ist regelmässig menstruirt und gebar vor 2 Jahren ihr erstes Kind auf normale Weise. Das Kind lebt und ist gesund. Während ihrer diesmaligen Schwangerschaft fühlte sie sich nicht ganz so wohl wie früher, besonders setzten ihr die äusserst unruhigen Bewegungen des Kindes stark zu, so dass sie den Appetit verlor. Sie kam zur rechten Zeit und leicht nieder.

Das Kind war in der ersten Zeit seines Lebens auffallend blass, sonst war nichts Abnormes an ihm zu bemerken. Es trank bald an der Mutterbrust. Da es am 1. Tage keine Entleerung hatte, gab ihm die Hebamme ein Abführsäftchen, das nicht wirkte. Den anderen Tag, da kein Stuhl erfolgt und der Leib stark aufgetrieben war, applizirte ihm dieselbe ein Klystir, das aber gleich wieder ablief. Urin hatte das Kind gelassen. Die blasse Farbe der Haut hatte einer gefleckt blass-röthlichen und gelblichen Platz gemacht. Auch an diesem Tage trank dasselbe mehrmals an der Brust, und die Mutter bemerkte nichts Auffallendes an ihm, ausser dass es sehr viel wimmerte. Als die Hebamme am Morgen des 3. Tages kam, fand sie das Kind sehr matt, wimmernd, langsam und aussetzend athmend, öfters eine grünliche, Fruchtwasser ähnliche Flüssigkeit erbrechend, das Gesicht, besonders die Lippen und die Fingernägel blau, die Augen stier, die Haut bläulich und gelblich marmorirt. Das Athmen ward immer seltener und um 10 Uhr, 50 Stunden nach der Geburt, starb es.

Ich traf das Kind schon als Leiche und konnte nichts mehr als die beschriebene Farbe der Haut und den sehr aufgetriebenen Unterleib konstatiren.

Sektion nach 22 Stunden.

Kräftiges ausgetragenes Kind; mässige Todtenstarre; violette Todtenflecke, besonders an den abhängigen Theilen; aufgetriebener gespannter Leib; Nabelschnurrest vertrocknet.

S c h ä d e l h ö h l e. Bei Eröffnung der Schädeldecke wurde der Sinus longitudinalis superior geöffnet, aus welchem eine bedeutende Menge dünnflüssigen, dunklen, an der Luft sich röthenden Blutes ausfloss. Die äusseren Bedeckungen des Schädels sehr mit Blut überfüllt, ebenso die Venen der weichen Hirnhäute. Die Sinusse der harten Hirnhaut von Blut strotzend. Das Hirn zeigte auf dem Durchschnitte viele Blutpunkte; seine Konsistenz fest.

Brusthöhle. Die grossen Venenstämme mit Blut überfüllt. Thymus mässig gross, Lungen ausgedehnt, blassröthlich blau, beim Durchschnitt knisternd, nicht zusammenfallend, eine feinschaumige Flüssigkeit in reichlicher Menge ergiessend. Sie schwimmen sowohl in toto als auch in einzelnen Stücken, doch sind sie dabei ziemlich tief in die Wasserfläche getaucht. — Herz normal, ohne Coagulum, wenig dunkles Blut enthaltend.

Bauchhöhle. Bei Eröffnung des Unterleibes drängt sich sogleich ein mit Meconium stark gefüllter Darm hervor, welcher von der rechten Spina ossis ilei a. s. ausgehend sich quer über gegen die linke Seite des kleinen Beckens hineinzieht und daselbst endet. Es hat den Umfang des Dünndarmes eines Erwachsenen. Nach oben geht er in eine halsförmige Verengerung über und zieht sich etwa in der Dicke eines Mannsdaumens zur gegenüberstehenden Spina, sich deutlich an den 3 zarten Längsmuskelstreifen als Dickdarm markirend, Coecum mit Process. vermiformis an normaler Stelle; die Dünndärme sind nach oben gedrängt und stark von Luft ausgedehnt.

Das untere Ende des querübergelagerten Darmstückes, das als dislozirtes Rektum anzusehen ist, steigt vor der linken Kreuzhüftbeinverbindung in das kleine Becken hinab und endet blind auf dem Boden desselben, mit seiner vorderen Wand nicht weit von den Schambeinen entfernt, während die hintere Wand etwas vom Kreuzbeine absteht. Das blindsackige Ende hat eine konische, nach vorne ziemlich spitz zugehende Form. Das ganze Rektum ist bis etwa 1 Zoll vor dem konischen Ende mit dem stark injizirten Peritonäalüberzug versehen; seine Länge beträgt 14 Zentimeter, seine Peripherie ebensoviel, während die des Dickdarmes unmittelbar vor dem ausgedehnten Rektum nur 6 Ztm. beträgt. Der Anus selbst ist vollkommen ausgebildet, einer fingerhutähnlichen Ausstülpung der äusseren Haut gleichend, mit dem Schliessmuskel und radienförmiger Einziehung der Haut und so weit, dass der kleine Finger gut eindringen kann. Die eingestülpte Wand gleicht dem Ansehen nach der äusseren Haut vollkommen; sie ist nach innen von der Fascia pelvis ausgekleidet und nur durch Zellgewebe mit dem Darmende verbunden; dieses lässt sich mit dem Finger ausschälen. Die ganze Dicke der Afterhaut nebst der Fascie beträgt etwa 1 Linie. Das Rektum enthält sehr viel dickflüssiges Mekonium, dieses findet sich auch in geringer Menge

im Dickdarm, die dünnen Därme enthalten eine mehr dünnflüssige, schleimig-gelbliche Masse.

Unmittelbar vor dem ausgedehnten Rektum ist die Harnblase gelagert und zwar aus dem kleinen Becken gedrängt und zur Hälfte über der Schambeinverbindung hervorragend; sie enthält etwas hellgelben Urin. Die linke Niere ist um das Doppelte ihres Volumens ausgedehnt; beim Einschnitte fliesst mehr als ein Esslöffel voll Urin heraus. Die Ausdehnung betrifft vorzüglich das Nierenbecken; das Parenchym, so wie die rechte Niere sind normal; in den Harnkanälchen viel rother Harngries.

Die Leber ist stark nach aufwärts getrieben, sie ist verhältnissmässig klein für ein neugeborenes Kind und blass; die Milz normal. Sämmtliche Baucheingeweide mit Ausnahme des Rektums normal.

Von dem vorliegenden Falle, der sich dadurch charakterisirt, dass ein After vorhanden ist, welcher nach aussen offen, nach innen aber verschlossen ist, während zu gleicher Zeit das Rektum imperforirt ist, finden sich nicht viele Beispiele in der Literatur aufgezeichnet. Es mögen wohl manche Fälle mit Glück operirt und daher nicht näher untersucht worden sein. In der mir zu Gebote stehenden Literatur fand ich nur einen einzigen dem unsrigen vollkommen ähnlichen Fall ausführlicher beschrieben. Jolliet *) fand eine Afteröffnung, aber es ging kein Koth ab. Eine eingeführte Sonde zeigte einen blinden, 18''' tiefen Sack. Bei der Sektion fand man den Mastdarm vorwärts des beschriebenen Sackes blind geendet. — West **) spricht ausführlich von der unserem Falle eigenthümlichen Bildungshemmung, und wir werden im Verlaufe dieses Berichtes öfters Gelegenheit haben, darauf zurück zu kommen.

Das Vorhandensein des Afters, der sich in unserem Falle als eine $^1/_2$ Zoll tiefe Einstülpung von der äusseren Bedeckung aus darstellt, während das Rektum imperforirt ist, lässt auf eine ge-

*) Journal de Méd., de Chir. et de Pharm. Paris. Tom. XXXIV, 1815, Nov

Meissner, Forschungen des 19. Jahrhunderts über Kinderkrankheiten. Thl. III. S. 44.

**) West, Diseases of infancy and childhood. S. 379.

sonderte Entstehung beider Organe schliessen. Nun aber bezeichnet Ammon *) den After als „eine Ausstülpung, als ein Produkt des Mastdarmes.“ „Von dem Augenblicke an, wo das sich herabsenkende Rektum den unteren Beckentheil berührt, öffnet sich der Mastdarm nach aussen und es entsteht nun der von der Genitalienausmündung geschiedene After nebst seinem Sphinkter.“ Es scheint mir, dass Ammon, indem er die selbstständige Entstehung des Afters übersieht, sowohl mit den Thatsachen der Entwickelungsgeschichte in Widerspruch kommt, als auch ist es ihm unmöglich, das Vorhandensein eines ausgebildeten Afters bei rudimentärem oder fehlendem Rektum zu erklären, wovon wir weiter unten einige Beispiele beibringen werden. Wir halten es daher für zweckdienlich, hier Einiges aus der Entwickelungsgeschichte zu erwähnen und damit einige pathologische Verhältnisse zu vergleichen, um die von dem Rektum unabhängige Entstehung des Afters zu erweisen.

Der Darmkanal entsteht aus dem Schleim- und Gefässblatt, die Haut und die animalischen Muskeln aus dem serösen Blatte der Keimblase. Anfangs eine Rinne, später sich zum Schlauche umwandelnd, wächst der Darm geschlossen nach abwärts und trifft auf dem Beckenboden mit einer Einstülpung zusammen, die ihm von der äusseren Haut entgegenkommt **). Die Zwischenwände beider Blindsäcke werden resorbirt, die innere Bedeckung der eingestülpten Haut nimmt die Natur der Schleimhaut an, wie dies auch bei den anderen Orifizien der Fall ist, und die Mastdarmmündung ist gebildet.

Wie bei allen durch sogenannte Ein- oder Ausstülpung entstandenen Organen lagert sich auch an der Stelle des später ausgehöhlten Afters eine solide Bildungsmasse ab. Diese bleibt in einzelnen Fällen während der ganzen Fötalperiode unverändert und bildet eine nicht selten beobachtete Art der Afterverschliessung. So fand unter anderem Cervenon ***) bei einem neugeborenen Kinde nicht das geringste Merkmal einer Aftermündung; er schnitt durch Haut und Zellgewebe bis über 1 Zoll tief ein, ehe er an den Mastdarm gelangte, der sich hier in einen blinden Sack endigte. —

*) Die angeborenen chirurgischen Krankheiten, Text, S. 12 u. 42.

**) Valentin, Entwickelungsgeschichte des Menschen, Berlin 1835, S. 485.

***) Voigtel path. Anat. II. S. 637.

Diese Bildungsmasse ist in einzelnen Fällen in excessiver Menge vorhanden und bleibt als solider Wulst anstatt der Afteröffnung nach der Geburt zurück. So beschreibt Hersing *) als Atresia ani carnosa einen Fall, wo anstatt des Orif. ani eine $1/_4$ Zoll lange Hervorragung sich fand. —

Bei weiterer Entwickelung wird die Bildungsmasse reserbirt und zwar vorzüglich von der Mitte aus, während sich die äusseren Partieen zum Sphincter ani externus umwandeln. Wir finden daher bei einer grossen Anzahl von Darmbildungsfehlern an der Stelle des Afters nur eine grubenartige Vertiefung, eine Einstülpung nach Valentin **) oder auch Einfurchung. So fand Krause ***) in einem Falle an der Stelle des Afters eine kleine Grube, von dieser ging eine $3/_4$ Zoll dicke Masse weiter, hinter welcher der Mastdarm endete.

Diese Einfurchung wird in einzelnen Fällen zu einer sehr engen Afteröffnung, zur sogenannten falschen Atresie (Voigtel), wie Rösch ****) einen Fall erzählt, wo die Afteröffnung nur einem Punkte glich.

Gewöhnlich aber weitet sich die Grube mehr aus und indem ihr der Darm entgegenwächst und ihre beiden blinden Enden sich berühren, werden diese reserbirt (perforirt) und die freie Kommunikation des Darmes nach aussen hergestellt. Die innere Bedeckung des Afters wird zur Schleimhaut umgewandelt.

Dieser letzte Akt der Verschmelzung beider Organe kann auf zweierlei Weise gestört und so Veranlassung zu den häufigsten Arten der Afterverschliessung gegeben werden. Es wird nämlich entweder das Rektum perforirt, nicht aber der Blindsack des Afters; das Mekonium treibt die eingestülpte Haut vor sich her, so dass diese als eine Klappe von der Farbe der Haut vor dem After anliegt; oder aber der Blindsack des Afters wird perforirt, nicht aber der des Rektums, und dieses drängt sich nun als bläulicher, durchscheinender, mit den Afterwandungen verwachsener Wulst aus dem Orif. ani hervor, oder verschliesst es vielmehr. Fälle davon finden sich allenthalben verzeichnet. —

---

*) Preussische Vereinszeitung 1845, Nr. 19.

**) l. c. S. 475.

***) Hamburg. Zeitschrift XXXV, 1, 1847. Schmidt's Jahrb. B. 56, S. 59.

****) Würtemb. Korrespondenzblatt Bd. V, Nr. 7. Schmidt's Jahrb. Bd. 56, S. 59.

Wenn der Mastdarm rudimentär oder gar nicht vorhanden ist, so fehlt in den meisten Fällen der After, wie wir auch sonst finden, dass bei Mangel oder Missbildung innerer Organe die zu ihnen gehörigen äusseren mangeln oder missbildet sind. Doch ist dies nicht immer der Fall, und schon Meckel *) erwähnt eines Falles von Bonn, wo der Mastdarm fehlte und der After doch regelmässig gebildet war, ja seine innere Wand hatte die Beschaffenheit der Schleimhaut angenommen. Forget **) erzählt einen Fall, wo der After eine geschlossene kegelförmige Vertiefung bildete, statt des Rektums sich aber ein flacher, faseriger Strang fand. West ***) führt einen Fall von Arnett an, wo der After blindsackig endete, das Rektum aber ganz fehlte und das Kolon blind endend in der Unterleibshöhle flottirte.

Sehr beweisend für die selbstständige Bildung des Afters ist ein Fall von G. Goyrard ****). Der Mastdarm endete blind auf dem Boden des kleinen Beckens: An der Stelle des Afters ein kleiner strahlenförmig auslaufender, faltenbildender Eindruck. Nach Bloslegung des Beckenbodens unterschied man deutlich die Aponeurose des Beckens und zwischen den Blättern derselben den Aufheber des Afters. Darauf folgte nach aussen eine fleischige Fläche mit parallelen Fibern, nach hinten befestigte sie sich an die Spitze des Steissbeines, nach vorne ging sie in den Musc. bulbo-cavernosus und transversus über. Von dem Aufheber des Afters war sie durch ein Blatt der Aponeurose und von der äusseren Haut durch feines Zellgewebe getrennt. Diese offenbar als Sphincter externus auftretende Muskelpartie ist, da sie keine Oeffnung umgibt, nicht elliptisch, sondern die Bündel derselben verschmelzen und bilden eine viereckige Fläche mit parallelen Fasern, die sich vom Steissbeine bis zum Musc. bulbo-cavernosus erstreckt. Der Aufheber des Afters und die aponeurotischen Blätter sind wie im natürlichen Zustande vorhanden, doch findet man sie in einander verschmolzen, weil in ihnen die für den Durchgang des Mastdarmes bestimmte Oeffnung fehlt.

Wir haben also hier alle den After konstruirenden Theile, obwohl der Darm imperforirt ist. Goyrard hatte die Operation

---

*) Pathol. Anat. I. S. 501.

**) Union médic. 1850. Journal f. Kinderkrankheiten, XV, 462.

***) l. c. S. 311.

****) Journal hebdomad. Nr. 38, 1834. Schmidt's Jahrb. B. 8, S. 77.

mit glücklichem Erfolge gemacht, das Kind starb aber nach drei Tagen an einer Entzündung des Mundes und Rachens. Der geöffnete After zeigte schon ein den Schleimhäuten ähnliches Aussehen, so dass daraus hervorgeht, dass zur Erklärung der Bildung des Schleimhautüberzuges des Afters nicht eine Ausstülpung des Mastdarmes angenommen zu werden braucht. —

Ist die Afteröffnung einmal gebildet, so soll sie sich nach Valentin *) später wieder verschliessen. Bischoff **) hat dieses Stadium noch nicht beobachtet. Ammon ***) nennt es eine Schliessung oder vielmehr Kontraktion, nicht aber organisches Verwachsen, wie auch die Lippen im vierten Monate sich dicht aneinander legen. In pathologischer Beziehung möchte dieser Bildungsstufe jene Form entsprechen, wo, wie Meckel ****) angibt, an der Stelle des Afters eine nach einwärts gezogene, feste Narbe sich befindet.

Unser Fall ist, wie aus dem Bisherigen hervorgeht, als Bildungshemmung zu betrachten, und zwar jener Stufe der Entwickelung entsprechend, wo die Blindsäcke des als gesondertes Organ entstandenen Afters und des Mastdarmes einander berühren und zur nächsten Stufe, der Resorption ihrer Scheidewände, vorschreiten. —

Die Zeit, in welcher die hier in Rede stehende Hemmungsbildung im Fötusleben ein normaler Zustand ist, möchte zwischen die sechste und zehnte Woche der Entwickelung fallen. Rud. Wagner †) gibt an, dass in der sechsten Woche der After noch geschlossen ist; in den Icones physiolog. Tab. X fig. 3 bildet er einen zehn Wochen alten Fötus ab, bei dem Mastdarm und Orif. ani vollkommen gebildet sind. —

In welche Kategorie der sogenannten Atresia ani congenita gehört unser Fall?

---

*) l. c. S. 485.

**) Bischoff, Entwickelungsgeschichte der Säugethiere und des Menschen, S. 302.

***) l. c. S. 10.

****) l. c. S. 502.

†) Lehrb. der Physiol. 2. Aufl. S. 107.

Ammon *) stellt folgende 5 Arten auf:

1) Atresia orif. ani. Hier zeigt sich das Rektum natürlich gebildet, nur die Afteröffnung ist geschlossen, es ist kein Orif. ani vorhanden.

2) Atresia intestini recti. Hier ist das Orif. ani vorhanden, es ist jedoch das Rektum nicht permeabel.

3) Atresia ani et intestini recti. Weder Orif. ani noch Rektum ist vorhanden, letzteres ist nur eine bandartige Masse oder fehlt ganz.

4) Atresia ani vesicalis, urethralis, vaginalis.

5) Ektopia ani c. Atresia orif. ani.

Unser Fall passt offenbar in keine dieser 5 Arten, denn während 1) und 2) nur den einen oder anderen Theil der vorhandenen Bildungshemmung in sich fassen, so ist bei 3) Mangel des Rektum implirirt, was wiederum in unserem Falle nicht stattfindet. Wie wir dieser Klassifikation gegenüber in Verlegenheit kommen, so geschah es Ammon selbst, indem er in den Abbildungen des zitirten Werkes Tab. XI Fig. 1—4 einen Fall von vollständigem Mangel des Anus mit imperforirtem Rektum darstellt, den er in keine seiner Kategorieen zu stellen weiss, ihn daher als Atresia orif. ani mit (scheinbarer) Hinneigung zur Atres. ani urethralis und zugleich zu der als Atresia orificii ani et recti rubrizirten bezeichnet, obwohl das Hauptkriterium der letzteren, bandartige Beschaffenheit des Rektum oder gänzliches Fehlen desselben, mangelt. Auch nicht in die von Meissner, West u. A. aufgestellten Arten lässt sich der vorliegende Fall einreihen.

Ich glaube, dass es von praktischer Bedeutung ist, die Fälle, wo der After nach aussen offen, nach innen aber geschlossen ist, von den einfachen äusseren Verschliessungen zu unterscheiden. Als ich der Hebamme Vorwürfe machte, dass sie nicht früher ärztliche Hilfe herbeigerufen habe, antwortete sie, sie habe von dem vorhandenen Bildungsfehler nichts geahnt, da ja ein After vorhanden gewesen sei. Es kann auch dem Arzte, der nicht an diese Varietät denkt, und der nicht durch andere pathologische Zustände einer mangelhaften Ausbildung des Beckens, Meteorismus, Kotherbrechen etc. sogleich auf die Ursache der vorhandenen Konstirpation geführt wird, begegnen, dass er diese mit nutzlosen,

---

*) l. c. S. 40.

ja schädlichen inneren Mitteln zu bekämpfen sucht. Wenn die Zufälle bedenklicher, dringender werden, wird der Arzt den Fall nicht verkennen, aber die Zufälle sind nicht immer dringend und der Tod kann eher (schon in 24 Stunden) eintreten, als man zur Erkenntniss des Fehlers gelangt. Es möchte daher nicht überflüssig sein, auf diese innere Verschliessung des Afters aufmerksam zu machen und sie als Atresia ani congenita interna von der gewöhnlicheren als externa zu bezeichnenden zu unterscheiden. Dass es hier natürlich wie überall bei Klassifikationen keine strengen Grenzen gibt, versteht sich von selbst. Es wäre daher unser Fall als Imperforatio recti cum atresia ani interna zu bezeichnen.

Von grösserer Wichtigkeit jedoch scheint die (meist nicht berücksichtigte) Unterscheidung der Imperforatio recti von der zugleich vorhandenen Atresie des Anus zu sein. In sehr vielen Fällen, die die Literatur aufzählt, weiss man nicht, welches dieser Organe die verschliessende Membran bildete oder ob beide Organe zugleich verschlossen waren. Und doch ist diese Unterscheidung sowohl bezüglich der Prognose als der Therapie von Bedeutung. Ist blos eines dieser Organe und (wie hier vorausgesetzt wird) in der Nähe der Aftermündung imperforirt, so reicht oft ein einfacher Schnitt, ein Stich mit dem Troikar hin, dem Mekonium Abfluss zu verschaffen. So fand Earle *) in einem Falle einen normalen After, entdeckte aber bei Einführung eines Fingers, dass der Mastdarm in einen blinden Sack ende. Er durchstiess das obere Ende desselben mit einem Troikar und heilte das Kind. Anders aber, wenn ausser dem Rektum auch noch der Anus imperforirt ist. Hier sind die Chançen der Rettung weit geringer, die Heilung eine viel schwierigere. Trotz der Operation sterben viele Kinder, weil die gemachte Oeffnung nur mit grosser Mühe offen erhalten werden kann; eine Schwierigkeit, die sich auch bei der Operation anderer Atresien, wie der des Mundes etc. einstellt. Daher gibt Malgaigne **) den Rath, die Scheidewand durch einen Kreuzschnitt zu spalten, die hinteren Lappen abzuschneiden, die vorderen aber nach aussen

*) Acad. Med. und Phys. Journ. 1826, 1. Meissner, Kinderkrankheiten I, S. 264.

**) Bouchut, Traité prat. des malad. d. nouv. nés. II. Edit. S. 616.

zu ziehen und mit einigen Heften an der äusseren Haut zu befestigen; ein Verfahren, das auch für vorliegende Art von Atresia ani angewendet werden kann, nur mit der Modifikation, dass hier die Lappen der Aftermembran abgetragen, die des Rektum aber nach aussen gezogen und befestigt werden müssen.

Hiezu kommt noch eine dieser Varietät zukommende Eigenthümlichkeit, welche ebenfalls auf Prognose und Therapie von bedeutendem Einflusse ist. Ehe ich in unserem Falle die Sektion machte, versuchte ich, da ich eine Imperforatio recti vermuthete, wie weit ich mit der Sonde eindringen könnte. Nachdem ich etwa $^1/_2$ Zoll weit damit gekommen war, stiess sie auf Widerstand; nach mehreren Manipulationen jedoch und etwas stärkerem Drucke drang die Sonde in einen Hohlraum und konnte nach allen Richtungen hin frei bewegt werden. Als ich sie herauszog, floss kein Mekonium aus, auch fand sich keines an ihrer Spitze. Bei der Sektion fand sich, dass die Sonde an der hinteren Wand des Rektum vorbei und in das kleine Becken gedrungen war. Was man hier dem unmethodischen Einführen eines stumpfen Instrumentes zuschreiben konnte, das begegnete Ammon bei der Operation in dem erwähnten Falle, Tab. XI Fig. 1—4, Text S. 48. Das Messer drang zwischen der hinteren Wand des Mastdarmes und dem Os sacrum ein, so dass keine Oeffnung in das Rektum gemacht wurde und das Kind nach 12 Stunden an der Enteritis starb. West (l. c.) führt 4 solche Fälle an, in welchen der Darm nicht getroffen wurde, obwohl das Zellgewebe, das zwischen den Blindsäcken des Afters und des Rektum vorhanden war, nur $^1/_6$—$^1/_4$ Zoll betrug.

Als Ursache dieser Schwierigkeit, den Darm zu treffen, stellt sich dessen Verlagerung vor dem blinden Sacke des Afters heraus. So sahen wir in unserem Falle das Rektum mit seinem konischen Ende mehr nach vorne gegen den Bogen der Schambeine gerichtet, so dass dadurch die Harnblase dislozirt wurde. Hutchison *) fand in zwei Sektionen den Mastdarm sehr nach rechts und von vorne nach hinten laufend, gibt daher den Rath, mehr nach vorne und gegen die Blase zu einzuschneiden. West führt 9 Fälle an, von denen 8 einen unglücklichen Ausgang hatten, bei 4 war, wie schon erwähnt, der Darm nicht

*) Pract. Observ. in Surgery. Lond. 1826. Meissner, Kinderkrankheiten Bd. I. S. 264.

getroffen, bei einem war die Oeffnung zu klein, um dem Mekonium den Ausgang zu gestatten, bei 3 war jedoch ausserdem sehr bedeutende Verengerung des Kalibers des Dickdarms zugegen. Ammon fand gleichfalls in dem erwähnten Falle, dass der Mastdarm mit der Blase zusammenhing (ohne in dieselbe sich zu öffnen), und nennt diese Form eine Hinneigung zur Atresia ani urethralis, besser vielleicht vesicalis.

Ausser dem Umstande, dass man bei der Operation den Darm ganz verfehlen kann, kann man ihn auch an der Seite treffen und dadurch zu einer Ergiessung des Mekoniums in die Beckenhöhle Veranlassung geben, wie dies Sabatier und Engorrand begegnet ist *). Es ist daher nothwendig, während man als Regel zur Aufsuchung des Mastdarmes die Richtung nach links und nach hinten gegen das Kreuzbein angibt, sich in diesen Fällen mehr nach vorne gegen die Blase und nach rechts zu halten. Von Vortheil möchte es dabei sein, den Darm durch einen Druck auf den Unterleib von oben nach unten und von vorne nach hinten dem eindringenden Messer entgegen zu führen. Die Furcht, die Blase zu verletzen oder eine bedeutende Blutung zu verursachen, ist nicht hoch anzuschlagen, denn West fand nur einen Fall, in welchem die Blase verletzt wurde; die Dislokation derselben, wie in unserem Falle, schützt dieselbe davor; von Blutung finde ich bei dieser Lage der Organe keinen besonderen Fall erwähnt.

Bezüglich der Diagnose des oben als Imperforatio recti cum atresia ani interna bezeichneten Falles möchte Folgendes zu bemerken sein. Von der Beschaffenheit der inneren verschliessenden Membran des Afters kann man sich durch Auseinanderziehen der Nates eine Ansicht verschaffen, wodurch die Grube mehr ausgeglichen und die Membran nach aussen gerichtet wird. Ferner kann man in den meisten Fällen, wo ein vollkommen gebildeter Anus vorhanden ist, auch auf das Vorhandensein eines ausgebildeten Rektums schliessen, welches nach den obigen Angaben mehr nach vorne gerichtet ist. Wenn das Rektum fehlt, ist auch in den meisten Fällen das Becken von vorne nach hinten verengt und die Sitzbeine sind einander genähert, so dass Meckel in einem solchen Falle den Beckenausgang fast ganz geschlossen

---

*) Capuron, Abhandl. über die Kinderkrankheiten, übersetzt von Puchelt. 1821, S. 55.

fand *). Auch Rokitansky **) führt diese Verengerung des Beckens von vorne nach hinten und dessen starke Neigung bei Fehlen des Rektum an, wodurch die Geschlechtstheile weit nach rückwärts gestellt sind.

Dass bei allen Atresieen des Afters, wo das Mekonium keinen Ausgang findet, operirt werden muss, um das Leben des Kindes zu retten, ist evident. Fälle von Selbstheilung gehören zu den grössten Seltenheiten. Dauyau ***) erzählt einen solchen, wo in Folge eines von innen nach aussen ausgeübten Druckes die dünne Membran, die die Verschliessung bildete, borst und sich eine kleine Oeffnung bildete, durch die Koth ausfloss; sie musste später erweitert werden. Bérard †) erzählt, dass bei einem kleinen Mädchen, das an Imperf. ani litt, sich eine Fistula recto-vaginalis herstellte. Die meisten Kinder, die nicht operirt wurden, starben in einigen (2—8 Tagen); seltener sind Fälle, wo der Tod erst später erfolgte, wie in einem Falle, von Arnott, den West anführt, wo das Kind erst nach 7 Wochen 3 Tagen starb, obwohl das Rektum gänzlich fehlte.

Wann soll operirt werden? Malgaigne ††) ist für frühe Operation, indem er den öfters eintretenden Tod trotz gelungener Operation dem zu späten Operiren zuschreibt, weil die Konstitution des Kindes durch die gehinderte Ausscheidung des Mekonium zu sehr zerrüttet wird. Es unterliegt keinem Zweifel, dass eine frühzeitige Operation günstigeren Erfolg verspricht, als eine spätere, und sie ist daher sogleich zu unternehmen, wenn die Diagnose des Falles, insbesondere der Lage des Darmes festgestellt ist, was für unsere vorliegende Form nach den obigen Angaben im Allgemeinen nicht zu schwer ist. Wo man aber über diese unsicher ist, möchte es wohl besser sein, einige Zeit zu warten, bis sich etwa der Darm mit Mekonium füllt und als schwappende Geschwulst dem Finger entgegenkommt, wenn nicht dringende Zufälle jeden Aufschub verbieten. —

---

*) L. c. S. 802.

**) Journal für Kinderkrankheiten XIII. S. 438.

***) Path. Anatomie III. S. 289.

†) Journ. de Méd. et de Chir. Sept. 1844. Journal für Kinderkrankheiten III. 317.

††) Journal für Kinderkrankheiten III, 237.

Wird nicht operirt, so tritt nach Angabe der Autoren unter Auftreibung des Unterleibes Kotherbrechen, Singultus und Kollapsus der Tod ein. Man findet die Zeichen der Enteritis, bisweilen die der Ruptur des Darmes. Bouchut *) erwähnt, dass in Indien in Folge von Zurückhaltung des Mekonium Starrkrampf häufig sei, und viele Kinder hinwegraffe, in einem Falle sah er Konvulsionen nach achttägiger Zurückhaltung des Mekonium eintreten. Asphyxie als Todesursache, wie in unserem Falle, finden wir fast nirgends erwähnt.

In diesem konnten wir die Krankheitserscheinungen während des Lebens nicht beobachten; wir erfuhren blos, dass das Kind den 1. u. 2. Tag abwechselnd schlief und trank, häufig wimmerte, dass sich am 2. Tage der Leib auftrieb, die Farbe der Haut röthlich-blau wurde und dass es am Morgen des 3. Tages unter soporösen Erscheinungen und Erbrechen einer grünlichen Flüssigkeit endete. Die Ergebnisse der Sektion belehren uns, dass das Kind asphyktisch starb. Wir fanden Oedem beider Lungen, Blutüberfüllung der Gefässe der Brust, des Halses, der Schädeldecken und der Gehirnsinus, die Haut und Nägel im Leben und unmittelbar nach dem Tode bläulich; das Blut dunkel und dünnflüssig, an der Luft sich röthend. — (Nach Engel **) ist das Blut des Neugeborenen dickflüssig und ölartig.)

Es ist nicht zu zweifeln, dass die starke Auftreibung des Rektum und seine Dislokation, sowie die der Blase in das grosse Becken, ferner die stark ausgedehnten Dünndärme, welche die Leber hoch in den Brustraum drängten, endlich die (durch den Druck auf die linke Uretherenmündung und dadurch gehinderte Entleerung des Urines) um das Doppelte vergrösserte linke Niere hinreichend waren, den Brustraum bedeutend zu verengen und die Thätigkeit des ganzen Respirationsapparates, des Zwerchfells, der Lungen und der Thoraxmuskeln in hohem Grade zu beeinträchtigen. Als nächste Folge davon sehen wir behinderte Dekarbonisation des Blutes, einen kyanotischen Zustand desselben. Zu dieser Verschlechterung der Blutmasse trug auch die Kompression der Leber bei, welche bekanntlich im Embryo und Neugeborenen einer sehr lebhaften Neubildung von Blutzellen dient (Kölliker ***). Dieser Prozess war hier gestört gewesen, wofür die

*) L. c. S. 574.

**) Bock, path. Anatomie 2. Aufl. S. 54.

***) Gewebelehre S. 580.

Verschiebung der Leber, ihre geringere Grösse und ihr Blutmangel spricht. Auch das zurückgehaltene Mekonium und der in der linken Niere aufgestaute Urin mögen durch Resorption einiger ihrer Bestandtheile zur krankhaften Veränderung der Blutmischung beigetragen haben. (Bläulich-gelbliche Färbung der Haut.)

Als nächste Ursache des Todes können wir in unserem Falle das Oedem der Lunge betrachten. Zu seiner Hervorbringung trugen 2 Faktoren bei: die durch die Kompression der Lungen und Verengerung des Brustraumes gesetzte Behinderung der Zirkulation, daher Hyperämie und Stase in den Lungen, andererseits der kachektische Zustand des Blutes. Virchow *) erzeugte durch Injektion von Oel in die Lungen, welches die Lungenkapillaren verstopfte, ein sehr akutes Lungenödem. Wir haben in unserem Falle keine Kompression, die dieser Verstopfung der Lungenkapillaren zu vergleichen wäre. Dagegen kommt uns der 2. Faktor hier entgegen, nämlich der kachektische Zustand des Blutes. So genügt bei faserstoffarmer oder hydrämischer Krase eine geringe Ursache z. B. eine plötzliche Erkältung, eine Gemüthsbewegung, ein zufällig auftretender Katarrh etc. zur Hervorbringung eines akuten Oedems.

Wenn daher auch in unserem Falle die Kompression der Lungen nicht der Art war, dass sie allein ein akutes Oedem hervorzurufen vermochte, so wurde sie doch in Verbindung mit dem kachektischen Zustande des Blutes die Ursache des rasch erfolgenden Todes. Scanzoni **) erzählt einen Fall von Atresia ani congenita, wo der Tod suffokatorisch am 6. Tage erfolgt, Kopf- und Brusthöhle aber normal gewesen sein sollen. —

Die Anchylose des Unterkiefers, vorzugsweise bei Kindern, und deren operative Behandlung, von Dr. P. Niemeyer in Berlin.

Die Anchylose, welche den Gegenstand dieser Abhandlung bildet, gehört nach der gebräuchlichen Eintheilung zu den falschen: d. h. das Gelenk selbst zeigt keine pathologischen Veränderungen, sondern die Unbeweglichkeit desselben wird bedingt

*) Virchow spec. Path. und Therapie S. 121.

**) Verhandl. der Würzb. medic. phys. Gesellschaft II. 21.

durch krankhafte Prozesse ausserhalb desselben, in den das Gelenk konstituirenden Knochen. Diese Affektion gehört zu der Klasse von Entzündungen, welche ein sich in der Folge organisirendes Exsudat erzeugen, und zwar sind die Metamorphosen des Exsudates zweifacher Art: Osteophyten und Bindegewebsbildung, welches letztere entweder als Narbengewebe oder als sogenanntes falsches Band auftritt.

Die Anchylose der Kiefer ist nächst der der Lippen die seltenste Affektion dieser Art*). Den Ausgangspunkt für die spätere Entstehung derselben bilden Entzündungen in der Mundhöhle, welche zunächst von der Schleimhaut ausgehen, später aber auch auf den Knochen übergehen und in diesem Karies und Nekrose hervorrufen können. Von diesem Umstande hängt es ab, ob das die Kiefer später verbindende Exsudat ein blos faseriges sein wird oder ob sich daneben auch Osteophyten (als knöcherne Brücke) finden. Doch scheinen solche Knochenbrücken auch durch spätere Verknöcherung eines ursprünglich faserigen, mehr dem Kallus ähnlichen Exsudates entstehen zu können; vgl. den Fall von Frerich bei Gurlt l. c. Auch die Kaumuskeln können der Sitz von Verknöcherungen werden. cf. Gurlt l. c. pg. 67.

Noma und Stomacace sind wohl vorzugsweise diejenigen Krankheiten der Mundhöhle, welche bei der Aetiologie dieser Kieferanchylose in Betracht kommen. Auch dürfte dieses Leiden zu den Krankheiten des kindlichen Alters zu zählen sein, wo ja überhaupt Affektionen der Mundhöhle, besonders in den klimakterischen Epochen, eine grosse Rolle spielen**).

---

*) Rokitansky (patholog. Anatomie II. 331) gibt folgende Häufigkeitsscala der Anchylosen: I. Hüft-, Ellbogen- und Kniegelenk. II. Schulter-Gelenk und als Gelenk zwischen Atlas und Hinterhauptbein. III. Kiefer-, Sternoclavicular- und Akromial-Gelenk. E. Gurlt (Beiträge zur vergleichenden pathologischen Anatomie der Gelenkkrankheiten p. 116 ff.) hat im Ganzen nur 5 Fälle von falscher Anchylose aufgefunden.

**) Die syphilitische Stomatitis, deren Exsudat sich ebenfalls durch die exquisite Narbenbildung auszeichnet, hat nach den Erfahrungen der pathologischen Anatomie einen anderen Sitz (an der Zungenwurzel, der hinteren Wand des Rachens und am weichen Gaumen), als dass sie diese Art von Verbildung zur Folge haben könnte.

In den später mitzutheilenden Fällen berechtigten die jedesmaligen Aussagen der Kranken und ihrer Angehörigen zu der Vermuthung, dass das Leiden die Folge einer durch übermässigen Gebrauch von Quecksilberpräparaten hervorgerufenen Stomacacé gewesen sei, diese Annahme findet in der ziemlich allgemein verbreiteten Behandlungsweise der Gehirnkrankheiten der Kinder mit Kalomel ihre hinlängliche Begründung. Auch im Guérin'schen Falle (s. unten) liegt diese Vermuthung ziemlich nahe.

Eine derartige Bösartigkeit der Stomacace mercurialis findet ein begünstigendes Entstehungsmoment in einem zuvor schon kranken, lockeren Zahnfleisch, im Vorhandensein von Weinstein und kariösen Zähnen, Zustände, welche aber oft übersehen und durch den Gebrauch von Quecksilber zu einer oft furchtbaren Höhe gesteigert werden können.

Die Stomatitis mercurialis tritt unter verschiedenen Formen auf, welche sich durch ihren besonderen Sitz charakterisiren und deren Unterscheidung von prognostischer Bedeutung ist. Uns interessiren hier nur folgende zwei Formen, deren Sitz Wunderlich*) folgendermaassen beschreibt:

1) die pseudomembranösen Exsudationen sitzen vorzugsweise an der Backenschleimhaut, in den hinteren Partieen des Rachens und in dem Raume hinter den letzten Backenzähnen.

2) Die Geschwüre, und zwar gerade die bedeutendsten und bösartigsten, finden sich vornämlich hinter den letzten Backenzähnen, an der Verbindungsstelle des Ober- und Unterkiefers. Letztere sind es namentlich, welche bei ihrer Heilung Verwachsungen des Zahnfleisches mit der inneren Backenwand setzen. —

Die pathologisch-anatomische Beschreibung der ausgebildeten knöchernen Anchylose gibt Gurlt**) in Folgendem:

1) Am gewöhnlichsten findet sich eine knöcherne Verbindung zwischen dem Processus coronoideus oder seiner nächsten Umgebung und einem darüber gelegenen Theile, gewöhnlich dem Jochbogen oder zwischen den Alveolarrändern der beiden Kiefer in grösserer oder geringerer Ausdehnung. Vermöge der Verschiedenheit der Knochenbrücken, hinsichtlich ihrer Breite und Dicke, besteht die Verbindung entweder nur in einer dünnen Knochen-

*) C. A. Wunderlich, Handbuch der Pathologie und Therapie. III. Bd. pg. 692 ff.

**) Gurlt, l. c. pag. 118.

platte, oder in einer breiten Verschmelzung der Alveolarränder, oder in einer starken, schmalen Brücke, z. B. zwischen dem Proc. coronoideus und dem Jochbogen oder Oberkiefer. Bei einer breiten Verbindung der Alveolarränder werden natürlich die Zähne ganz aus ihrer normalen Lage gedrängt, und theilweise von der neugebildeten Masse umgeben. Aber auch bei einer dünnen plattenartigen Verbindung auf der äusseren Oberfläche der Alveolarränder der beiden Kiefer sind die Zähne oft nicht unbedeutend in ihrer Richtung verschoben, finden sich nach Innen gewendet und unregelmässig gestellt, die sekundären Veränderungen, die der Unterkiefer in Folge des Nichtgebrauches der Gelenke erleidet, zeigen sich hier wie bei den Anchylosen in Folge von Entzündungen unter der Gestalt von theilweiser oder gänzlicher Atrophie derselben. Was nun das Kiefergelenk selbst betrifft, so findet man an ihnen in den meisten Fällen, trotzdem dass sie oft eine lange Reihe von Jahren ausser Thätigkeit gesetzt waren, keine bemerkenswerthen Veränderungen. In anderen Fällen dagegen sind an denselben Spuren der Entzündung vorhanden.“ —

Die nachtheiligen Folgen einer solchen Anchylose der Kiefer sind namentlich bei höheren Graden der Unbeweglichkeit beider Knochen ziemlich bedeutend. In der auf diese Weise permanent verschlossenen Mundhöhle findet leicht eine Anhäufung von Auswurfsstoff und reichlichere Ablagerung von Weinstein Statt, während die solche Niederschläge verhütende Reinigung des Mundes durch Ausspülen nur in unvollkommener Weise möglich ist, und dieser Umstand gehört bekanntlich zu den häufigsten Entstehungsursachen der Karies der Zähne; fötider Geruch aus dem Munde ist daher ein gewöhnliches Symptom.

Das Gehörorgan kann durch die unter diesen Verhältnissen leicht möglichen Verstopfung der Tuba Eustachii und dadurch bedingte Schwerhörigkeit in Mitleidenschaft gezogen werden.

Wichtiger noch ist die durch die Anchylose verursachte Funktionsstörung verschiedener Organe, welche theils ihren Sitz in der Mundhöhle selbst haben, theils mit ihr in Kommunikation stehen: die Zermalmung der festen Speisen durch die Zähne und ihre gehörige Vermischung mit dem Speichel, ein wichtiger Vorbereitungsakt für eine gehörige weitere Verdauung des Chymus, wird bei diesem Zustande höchst unvollkommen, wo nicht ganz unmöglich sein. Manche Kranke können sogar nur flüssige Nahrungsmittel zu sich nehmen und selbst diesen muss zuweilen

erst ein künstlicher Weg durch Extraktion von Zähnen, — an denen der Kranke überdiess keinen Ueberfluss hat, — gebahnt werden. Dass diese Art der Ernährung auf die Dauer nicht ohne Rückwirkung auf den allgemeinen Zustand des Individuums bleiben kann, lässt sich denken; die Nachtheile derselben werden sich gerade bei den der reichlicheren Nahrung am meisten bedürftigen jugendlichen Individuen sehr früh einstellen.

Die Sekretion des Speichels wird bei bedeutender Narbenbildung ebenfalls, besonders für die Parotis, nicht in normaler Weise vor sich gehen können: es bietet sich Gelegenheit zur Bildung von Speichelsteinen.

Ferner muss die Stimme und noch vielmehr die Sprache, besonders die Artikulation der Laute, durch die Unmöglichkeit, den Mund gehörig zu öffnen, an Vollständigkeit verlieren. —

Die Zunge kann durch den Mangel an Bewegung atrophisch werden.

Was nun die Behandlung der Anchylose der Kiefer betrifft, so ist aus der eben gegebenen Beschreibung desselben leicht ersichtlich, dass eine radikale Kur des Uebels nur auf operativem Wege zu erreichen ist. Eine andere Behandlung bleibt wohl überhaupt nicht übrig, da die Kranken sich meist erst dann der ärztlichen Behandlung unterziehen, wenn die Krankheit ihren höchsten Grad erreicht hat.

B. Langenbeck gebührt das Verdienst, in neuester Zeit zuerst ein operatives Verfahren eingeschlagen zu haben, durch welches eine radikale Heilung der Kieferanchylose möglich ist. Wir hatten zweimal das Glück, einer solchen Operation selbst beizuwohnen und werden dieselbe unten des Näheren erörtern. Vorerst sei es uns aber gestattet, die Methoden zu besprechen, welche vordem von anderen Chirurgen in Anwendung gebracht wurden, deren Erfolg aber Manches zu wünschen übrig liess. Es sind diess die Operationsweisen von Dieffenbach und Jules Guérin.

Dieffenbach *) durchschnitt ausser den Narben auch die kontrahirten Kaumuskeln von Innen her; bei bedeutenden Strängen zwischen Wangen und Zahnfleisch führte er mit einem schmalen, langen Sichelmesser zwei parallele Schnitte auf der inneren Seite der Backe und suchte nun den Kiefer durch starkes

*) Die operative Chirurgie. Bd. I. pg. 77 ff.

Abziehen und Hin- und Herbewegen mobil zu machen. Dann wurde Charpie zwischen die Kiefer und zwischen diese und die Wange gebracht. In anderen hartnäckigen Fällen nahm er nach Durchschneidung beider Kaumuskeln und Trennung der Narben als ultimum refugium noch die Trennung des oberen Theils des aufsteigenden Astes des Unterkiefers beiderseits vor: dieselbe wurde durch einen Meissel von der Mundhöhle aus bewerkstelligt und hierauf durch passende orthopädische Behandlung die Bildung eines künstlichen Gelenkes angestrebt.

Doch hat Dieffenbach durch dieses Verfahren keine radikale Heilung erzielt, er selbst berichtet, dass die Verwachsungen sich zuweilen bald wieder hergestellt, und, wie wir aus guter Quelle erfahren, hat er sich auch mündlich über die Unzulänglichkeit dieser Operation geäussert.

Auch B. Langenbeck *) hat in Kiel in zwei Fällen nach dieser Methode ohne Erfolg operirt. Die Anchylose wurde nur auf kurze Zeit gehoben und stellte sich alsbald wieder her. Bei Vorhandensein von knöchernen Brücken vollends ist auf diesem Wege gar nichts zu erreichen.

J. Guérin **) brachte in einem Falle von Kieferanchylose das neue Verfahren in Anwendung, welches er zur Heilung von Missstaltungen, die durch Narbenkontraktion entstanden sind, überhaupt erfunden; er nennt es méthode par glissement ou déplacement de la cicatrice."

Diese Methode besteht nach dem Berichte der Prüfungskommission ***) darin, den betreffenden narbigen Strang an seiner einen Insertionsstelle zu trennen und seine Lage hierauf in der Art zu verändern, dass er mit dem freien Ende sich an einer entfernteren Stelle anheftet, wo er ausser Stande ist, in der Folge die frühere Kontraktion hervorzurufen.

Die Art, wie diese Methode bei der Operation der Kieferanchylose Anwendung fand, möge aus der Krankengeschichte

---

*) Laut gütiger mündlicher Mittheilung. —

**) Rapport, adressé à Mr. le Délégué du gouvernement provisoire sur les traitements orthopédiques de Mr. le Docteur Jules Guérin, à l'hopital des enfants, pendant les années 1843, 1844 et 1845 par une commission composée de MM. Blandin, P. Dubois, Jobert, Louis, Rayer et Serres: Président M. Orfila. Paris 1848. pg. 139 ff.

***) L. c. pg. 144.

selbst, welche wir desshalb im Auszuge mittheilen, ersehen werden:

Der Fall betraf ein zehnjähriges Mädchen, welches vor $1^1/_2$ Jahren eine Febris typhoides überstanden hatte; in der Rekonvalescenz stellte sich ein gangränöser Abszess auf der Innenseite der Backen und später Nekrose im Processus alveolaris des Unterkiefers ein, deren Folge eine Anchylose des Kiefergelenkes war, welche höchstens seitliche Bewegungen gestattete. Der Hauptgrund der Anchylose schien ein fibröser Strang zu sein, der im Niveau des 2. und 3. Backenzahnes die Wange mit dem Kiefer und diese unter sich verband.

Zwanzig Monate hatte das Uebel bestanden, als J. Guérin gegen dasselbe zuerst eine Operation unternahm, welche ganz ähnlich dem von Dieffenbach beschriebenen Verfahren war: er durchschnitt den Strang und einen Theil des Musc. masseter.

Der Erfolg der Operation war für's Erste insofern befriedigend, als sich nunmehr die Kiefer um 1 Cm. 5 Mm. von einander entfernen liessen; die Erweiterungsfähigkeit wurde noch bedeutender, als einige Tage später ein weiter hinten befindlicher Strang so wie der vordere Theil des Musculus pterygoideus internus durchschnitten worden. Die Entfernung des Kiefers wurde durch ein eingelegtes Korkstück unterhalten.

Dieser erfreuliche Zustand blieb sich auch zwei Monate hindurch gleich; in seiner Heimath machte das Kind immer bessere Fortschritte im Kauen, welche durch einen zeitweilig eingelegten Knebel noch gefördert wurden, doch machte ein sich jetzt einstellender Keuchhusten, verbunden mit einer Stomatitis, welche die Einführung des Knebels verbot, alle bis dahin erreichten Resultate zu nichte. Die Anchylose rezidivirte und die kleine Kranke suchte neuerdings ärztliche Hülfe nach.

Die angestellte Untersuchung ergab, dass sich wiederum Stränge zwischen Wange und Zahnfleisch, so wie zwischen den Kiefern gebildet hatten, so dass eine neue Operation nothwendig wurde, welche J. Guérin diesmal in folgender Weise vollführte:

Nachdem die Backen durch Trennung der sie an das Zahnfleisch heftenden Adhäsionen frei gemacht worden, wurde zur Durchschneidung des die Kiefer verbindenden fibrösen Stranges geschritten; derselbe erstreckt sich unten vom rechten Eckzahne

bis zum Musc. pterygoideus internus, welcher ebenfalls durchschnitten wird. Der Schnitt wird von Aussen nach Innen geführt. Endlich folgte noch durch einen Querschnitt die Trennung zweier kleinerer Stränge, welche die vollständige Entfernung der Kiefer von einander noch hinderten. Der Verband bestand vorläufig im Einlegen von Charpie.

Drei Tage nach der Operation wurde ein besonders dazu konstruirtes Dilatatorium applizirt, dessen Zweck darin bestand, die freien Wundflächen des durchschnittenen Stranges, einerseits von einander, andererseits von der Backe so weit entfernt zu halten, dass sie an der ursprünglichen Stelle nicht wieder anwachsen können. Der Apparat besteht aus zwei Theilen: der eine, zum Auseinanderhalten der Backen bestimmt, wird durch einen Stab gebildet, dessen Enden mit je einer ovalen Halbkugel von Elfenbein versehen sind, und nach Art einer Pelote wirken. Der andere Theil ist eine besondere Art von Knebel, dessen Bestimmung im Auseinanderhalten der Kiefer besteht, um die Verwachsung des Stranges auch in dieser Richtung zu verhindern.

Dieses Instrument wird mehrere Male des Tages auf längere Zeit sowie die Nacht hindurch eingelegt.

Die auf die Operation folgende Traktion war nicht bedeutend; die Heilung der Wundflächen ging gut von Statten; einige neuerdings sich bildende Adhäsionen wurden sofort wieder zerstört. Die Vernarbung durch Aetzen mit Höllenstein regulirt.

Trotz aller dieser Maassregeln hatte sich an der hintersten Partie der Backen, welche für die Pelote nicht mehr zugänglich war, eine neue Narbe gebildet, welche strangförmig zum Kiefer trat und ein neues Hinderniss für die vollständige Erweiterung des Mundes abgab.

Dieser neue Strang wird nun dicht an der Backe durchschnitten und hierauf in die Wundfläche der Wange ein Platina-Plättchen in der Art eingeführt, dass dadurch der Strang nach allen Seiten hin isolirt wurde; später wird derselbe durch Ligatur gänzlich entfernt.

Auf diese Weise ward endlich eine vollständige Beweglichkeit der Kiefer erzielt, welche durch fleissige Uebung und fortgesetzte Applikation des Dilatatoriums bedeutend gefördert wird. Auch die Nekrose der Kiefer ist mittlerweile verheilt und ein

Backenzahn nachgewachsen. Nach Verlauf von 3 Jahren hatte man Gelegenheit, sich von der Nachhaltigkeit des Erfolges der Operation zu überzeugen.

Vorausgesezt, dass wir den französischen Bülletins von Guérin'schen Operationen — deren wissenschaftlicher Kredit freilich kein unbescholtener ist — vollkommene Glaubwürdigkeit beimessen, so ist nicht zu läugnen, dass das eben beschriebene Verfahren in den dazu geeigneten Fällen manchen günstigen Erfolg haben wird.

Doch müssen wir hier auf ein Moment aufmerksam machen, welches bereits oben erörtert wurde, und dessen Berücksichtigung bei der Beurtheilung der Operationsmethoden der Kieferanchylose wesentlich ist; es ist dies der Sitz der Narben und Stränge, von denen sich gerade die bedeutenderen meist ganz hinten befinden, und es dürfte an dieser Stelle eine vollständige Trennung derselben von Innen her kaum möglich sein.

Noch misslicher ist es mit dieser Methode, wenn die Kiefer durch knöcherne Brücken verbunden sind: diese benöthigen zu ihrer Trennung der Säge, deren freier Gebrauch durch die Mundöffnung nicht gut möglich ist.

Will man daher eine radikale Heilung der Anchylose erzielen, so ist es unbedingt nöthig, vorerst sich durch Spaltung der Backe einen freien Zugang zum Sitze des Uebels zu verschaffen und dieses Verfahren hat B. Langenbeck zuerst in der hiesigen Klinik eingeschlagen.

Der Schnitt wird vom Mundwinkel aus in einer nach den Umständen verschiedenen Länge im Niveau des Alveolarrandes des Unterkiefers geführt, und nun erst ist es möglich, die ganze Ausdehnung der Verwachsung zu übersehen, und dieselbe, wo sie auch sitzen möge, mit dem Messer zu erreichen. Etwaige Knochenbrücken werden durch eine feine Stichsäge getheilt.

Die Spaltung der Backe kann in hartnäckigen Fällen, wenn sich neue Adhäsionen gebildet haben sollten, oder wenn bei der ersten Operation eine Verwachsung unberücksichtigt blieb — was bei der oft bedeutenden Blutung und der damaligen Enge der Mundhöhle leicht geschehen kann — zum zweiten Male nothwendig werden. Der Chirurg darf sich hier durch kosmetische Rücksichten nicht abschrecken lassen, da nur durch eine solche Konsequenz die Garantie eines nachhaltigen Erfolges der Operation geboten wird;

noch braucht er in diesen Fällen sich vor dem allerdings nicht unbedeutenden operativen Eingriffe zu scheuen, da er es hier mit einem rein örtlichen Leiden und mit jugendlichen Individuen zu thun hat.

Die später sich bildende Narbe der Wange hat allerdings zuweilen Verziehung des Mundwinkels zur Folge, ein Uebelstand, der sich aber durch eine entsprechende plastische Operation leicht heben lassen wird.

Bezüglich der auf die Operation folgenden orthopädischen Behandlung, welche einen wesentlichen Theil der Kur bildet, ist als bestes Dilatatorium das Mundspekulum zu empfehlen. Für die mechanische Erweiterung der Kiefer empfehlen wir die zeitweilige Chloroformnarkose, da die freiwillige Oeffnung des Mundes für den Kranken in der ersten Zeit noch mit Schmerzen verbunden sein wird; wichtiger aber noch wird die Einleitung der Narkose dadurch, dass sie uns ein Mittel an die Hand gibt, um zu beurtheilen, in wie weit die Zusammenziehung der Kiefer noch auf Rechnung der Muskelkontraktion kommt. —

Es bleibt nun noch übrig, diejenigen Fälle von Kieferanchylose mitzutheilen, in denen die Operation von B. Langenbeck in hiesiger Klinik nach der oben beschriebenen Weise ausgeführt wurde. Sie mögen zugleich zur Kenntniss der ätiologischen und pathologischen Verhältnisse der im Ganzen seltenen Krankheit beitragen.

Erster Fall. Natalie Thews, 9 Jahre alt, ging am 27. Novbr. 1850 zu; sie war bis vor drei Jahren, wo sie angeblich von einer Gehirnentzündung befallen wurde, stets gesund; in dieser Krankheit wurden ihr eine grosse Anzahl weisser Pulver (Calomel?) eingegeben, auf deren Gebrauch sich Anschwellung und Schmerzhaftigkeit im Munde und in den Weichtheilen des Gesichtes rechter Seits einstellten: in der Folge wurde die Mundschleimhaut wund und es entleerte sich eine schwarze Jauche, mit Fetzen vermischt, aus der Mundhöhle. Erst nach Jahresfrist erfolgte die Heilung dieses Uebels.

Gegenwärtig ist Patientin vollkommen gesund, gut entwickelt und genährt, von frischer Gesichtsfarbe.

Dicht hinter der linken Kommissur der Lippen findet sich ein fester Narbenstrang, welcher die Zahnreihen der beiden Kiefer auf dieser Seite innig mit einander verbindet, und auch an der rechten Seite nur eine Entfernung von einigen Linien zulässt.

Bereits in der Heimath der Patientin waren zweimal operative Heilungsversuche vorgenommen worden, jedoch ohne Erfolg.

Am 24. Januar 1851 wurde die Trennung der Verwachsungen mittelst eines geknöpften Bistouris von Innen her versucht; doch gelingt dieselbe nicht nach Wunsch, da die Adhäsionen vermuthlich sich noch so weit nach hinten erstrecken, dass sie auf diesem Wege mit dem Messer nicht zu erreichen sind.

Es wird daher die Wange vom Mundwinkel an längs des Process. alveolaris des Unterkiefers in ihrer ganzen Dicke durch einen etwa 1″ langen Schnitt gespalten; und nun auch die dadurch zugänglich gewordenen Stränge an den hinteren Partieen der Kiefer getrennt, was jedoch noch nicht vollständig gelingt; doch ist das Oeffnen des Mundes durch dieses Verfahren etwas erleichtert worden, die Blutung ziemlich bedeutend. Hierauf wird Charpie in die Wunde eingelegt und der Mund fleissig mit kaltem Wasser ausgespült.

Nach zwei Tagen wird der Verband in derselben Weise erneuert; das Allgemeinbefinden der Kranken nach der Operation ist ein vollkommen befriedigendes, und erst am 27. Januar stellte sich etwas Fieber ein, welches jedoch keine bedeutende Höhe erreichte.

Am 31. Januar wurden einige Adhäsionen, welche sich neuerdings zwischen Wange und Zahnfleisch gebildet hatten, mit einer stumpfen Sonde wieder zerstört.

Die Eiterung, welche folgte, war eine mässige und mit guter Granulationsbildung verbunden. Die Kieferwundflächen werden durch einen passenden Verband möglichst weit auseinander gehalten. Die Wunde der Wange beginnt in den ersten Tagen des Februar von den Rändern aus sich zu benarben; doch bleibt sie bis auf einige Linien hinter dem Mundwinkel noch offen. Die Kiefer lassen sich um einige Linien von einander entfernen.

Am 22. Februar wird ein übler Geruch aus dem Munde bemerkt, obgleich die Ausspülungen mit kaltem Wasser noch nicht ausgesetzt worden waren; dieses Symptom verliert sich auch wieder, nachdem die Diät einige Tage hindurch beschränkt worden war.

Als die Wunden vollständig zur Vernarbung gekommen waren, war die Verengerung des Mundes doch wieder so bedeutend, dass eine neue Operation nothwendig erschien. Doch musste dieselbe aufgeschoben werden, da sich im Mai eine neue Stoma-

titis ausbildete, deren vollständige Heilung sich bis zum nächsten Monate hinzog. Am 20. Juni wurde nunmehr die Operation ganz in derselben Weise wie das erste Mal wiederholt und zur Erweiterung der Kieferspalte das Mundspekulum angewendet; zwischen Wange und Zahnfleisch ein starkes Bourdonnet eingeführt und in der Folge täglich passende Uebungen mit grosser Konsequenz vorgenommen; ausserdem wurde zu wiederholten Malen der Mundspiegel auf der rechten Seite applizirt und, so weit als möglich geöffnet, längere Zeit hindurch liegen gelassen. Durch dieses Verfahren allein gelang es, die Beweglichkeit der Kiefer in dem Grade zu erhalten, den sie unmittelbar nach der Operation zeigten. Hiebei stellte sich nur ein kleiner Uebelstand ein: es war nämlich durch das Loslösen der verwachsenen Narbensubstanz am hinteren Theile des Unterkiefers eine Partie Knochen blosgelegt worden, welche sich drei Wochen nach der Operation exfoliirte. Nun reiste Patientin nach Hause, um sich aber gegen Weihnachten von Neuem einer Kur zu unterwerfen.

Bei ihrer nunmehrigen Aufnahme konnte sie den Mund so weit öffnen, dass der freie Rand der Zähne des Oberkiefers von dem des Unterkiefers einen guten halben Zoll entfernt werden konnte. Auf der linken Seite zeigte die Wangenschleimhaut einen starken, scharf prominirenden Narbenstrang, welcher die gehörige Eröffnung der Kiefer hinderte. Links um diesen Strang fühlte man die Weichtheile schlaff und nicht angespannt.

Die neue Operation bestand nun darin, auf der rechten Seite die Zahnreihen mittelst des Spekulums so weit auseinander zu drängen als möglich, und nun auf der linken Seite den Strang mit einem Tenotom quer durchzuschneiden.

Der Erfolg dieses Eingriffes war, dass die Erweiterungsfähigkeit der Kiefer um ein Bedeutendes zunahm. Es wurde nun vorerst Charpie eingelegt und später, als die Entzündung etwas nachgelassen hatte, ein Korkstöpsel zwischen die Zahnreihen eingeführt, welcher nach und nach immer mit einem grösseren vertauscht wurde. Das Resultat dieser Behandlung war, dass, als die Wundflächen vollständig verheilt waren, das Kind den Mund so weit öffnen konnte, dass der Abstand zwischen beiden Zahnreihen $^3/_4$″ betrug. Narbenstränge haben sich nun in der Folge nicht gebildet.

Jetzt ist nur noch übrig, die Stellung des linken Mundwinkels, der etwas verzogen ist, zu verbessern.

Zweiter Fall. Leopold Elkeles, 15 Jahre alt, wurde am 31. Okt. 1853 in die Klinik aufgenommen; er stammt aus gesunder Familie und erfreute sich bis zu seinem 6. Jahre der besten Gesundheit; um diese Zeit wurde er angeblich von einer Gehirnentzündung befallen, in deren weiterem Verlaufe sich eine Stomatitis entwickelte, welcher eine Verwachsung der Kiefer auf der rechten Seite folgte. Die Trennung der beiden Knochen wurde damals zweimal vergeblich versucht.

Bei der Aufnahme des Kranken erscheint die rechte Wange umfangreicher als die linke; die innere Untersuchung der Mundhöhle ergibt eine feste Verbindung beider Kiefer, welche jede Bewegung derselben unmöglich macht. Die Verwachsung beginnt hinter dem zweiten Backenzahne des Oberkiefers und etwas weiter hinten findet sich auch die Wange an das Zahnfleisch angelöthet. Auf der linken Seite keine Spur von Verwachsung. Die gegenseitige Stellung der Kiefer ist der Art, dass der Unterkiefer hinter den Alveolarfortsatz des Oberkiefers getreten ist. Während auf der linken Seite die Zähne im Oberkiefer noch vollständig vorhanden sind, findet sich rechts nur noch der erste und zweite obere Backenzahn; im Unterkiefer nur der erste Backenzahn; die Schneidezähne des letzteren sind behufs der Bewerkstelligung der Ernährung des Patienten sämmtlich entfernt worden.

Aus der Mundhöhle dringt ein stark fötider Geruch; die Angabe des Kranken, dass er auf dem rechten Ohre weniger gut höre, erscheint aus den Resultaten einschlägiger Experimente weniger beachtungswerth. — Das Allgemeinbefinden des Kranken ist vollkommen gut. —

Am 11. November wurde folgende Operation vorgenommen: die Backe wird in einer Ausdehnung von $1^1/_2$'' gespalten, und es stellte sich nun heraus, dass die Verwachsung der Kiefer hauptsächlich durch eine vollkommen knöcherne Brücke in der Gegend des vierten Backenzahnes von etwa 5''' Länge und 4''' Breite bedingt sei; dieselbe wurde durch eine Stichsäge getrennt, hierauf mit dem Messer auch die verschiedenen fibrösen Stränge, welche die Backe an die Kiefer hefteten, durchschnitten, und es war nunmehr möglich, den Zeigefinger zwischen beide Kiefer einzuführen *).

---

*) Später, als die Knochen für eine genauere Untersuchung zu-

Der Blutverlust aus der A. maxillaris externa war ziemlich bedeutend; es wurden hierauf Charpiewieken zwischen die Kiefer und in die Backenwunde gelegt und dieser Verband am anderen Tage erneuert. Die Reaktion, welche der Operation folgte, war nicht bedeutend, und der Anfangs kleine Puls hob sich schon am folgenden Tage.

Schon jetzt wurde dem Kranken öfteres Oeffnen des Mundes angeordnet, und am 19. November wurde durch das Mundspekulum bereits eine Entfernung beider Kiefer um 5‴ erzielt; dasselbe wird von nun an täglich Morgens und Abends zu diesem Zwecke applizirt.

Am 24. November wurden durch eine kleine Nachoperation, welche in der Trennung einiger noch vorhandener fibröser Stränge bestand, noch günstigere Resultate erzielt; es gelang nunmehr schon, zwei Querfinger zwischen die Kiefer einzuführen.

Die hierauf folgende Anschwellung der Lippen, der Wange und des Augenlides der rechten Seite nimmt auf die Applikation von Bleiwasser und Chamillenabsud bald wieder ab.

Die methodische Anwendung des Mundspekulums wird, obgleich für den Kranken sehr schmerzhaft, fleissig fortgesetzt und die Erweiterungsfähigkeit der Mundhöhle nimmt in erfreulicher Weise immer mehr zu; dies zeigte sich namentlich bei der Dilatation während der Chloroformnarkose. Dagegen lässt das selbstständige Oeffnen des Mundes blos durch den Willen des Kranken noch Manches zu wünschen übrig. Die freie Bewegung wird vorzugsweise noch durch einige neuentstandene Adhäsionen zwischen Wange und Zahnfleisch behindert, welche daher eine dritte Operation benöthigen.

Am 13. Januar 1854 wird die Backe nochmals gespalten, und dann die Trennung der erwähnten Adhäsionen mit dem Skalpell vorgenommen; und durch hierauf folgende, längere Zeit hindurch fortgesetzte methodische Dilatation durch das Spekulum, zum Theil nach vorhergegangener Narkose mit Chloroform, brachte man es so weit, dass der Kranke selbst, nach Vernarbung der

---

gänglich waren, ergab sich, dass ein Hauptgrund der Anchylose darin bestand, dass der vierte untere Backenzahn, mit seiner Kaufläche nach innen dislozirt, so weit in die entsprechende Alveole des Oberkiefers gedrungen war, dass er bei der Operation mit durchsägt worden war.

Wundflächen der Kiefer, dieselben um $1/4''$ von einander entfernen konnte.

Nachdem am 10. März neuerdings einige Adhäsionen zwischen Kiefer und Wange von innen getrennt worden, vermag der Kranke die Zahnreihen am 28. März um $4'''$ auseinander zu bringen; dagegen wird durch das Spekulum eine Erweiterung um $5'''$ erreicht.

Es erübrigt nun noch, die Stellung des rechten Mundwinkels zu verbessern; derselbe ist durch die Narbenbildung zu weit nach aussen und oben gerückt worden. Doch wird diese Operation vorläufig verschoben und der Kranke auf seinen Wunsch entlassen. —

Dritter Fall. Otto Hagen, 9 Jahre alt, wurde am 19. Februar 1854 aufgenommen; er ist ziemlich schwächlich gebaut und will in seinem 5. Jahre zweimal von einer Gehirnentzündung und im 8. Jahre von einem „hitzigen Fieber" befallen worden sein. Im Gefolge der letzteren Krankheit wurden die Zähne lose, so dass er selbst acht derselben mit den Fingern auszog; zugleich bildete sich in der Gegend des rechten Mundwinkels eine Oeffnung, aus welcher sich einige Tage hindurch Eiter entleerte, worauf sie sich schloss; in der Folge bildete sich die jetzt bestehende Anchylose der Kiefer.

In diesem Falle ist die Beweglichkeit der Kiefer nicht vollkommen aufgehoben; sie lassen sich etwa um eine Linie von einander entfernen; auch hier ragt die Zahnreihe des Oberkiefers über die untere hervor. Unmittelbar hinter den äusseren rechten Schneidezähnen ist Zahnfleisch und Wangenschleimhaut sowohl am Ober- als am Unterkiefer mit einander verwachsen; am festesten scheint die Verwachsung in der Gegend des rechten äusseren Schneidezahnes des Unterkiefers zu sein; an dieser Stelle ist auch die innere Haut der Wange durch eine strahlige Narbe an das Zahnfleisch geheftet. Die linke Seite ist vollkommen frei von Verwachsungen.

Das Zahnfleisch zeigte ausser den Narben keine erheblichen Veränderungen; aus dem Munde verbreitete sich ein sehr fötider Geruch.

Die Ernährung des Patienten wurde bisher in der Art bewerkstelligt, dass die Speisen durch die Lücke, welche zwischen Ober- und Unterkiefer blieb, eingebracht wurden. Wenn auf diesem Wege auch wohl feste Speisen in den Magen gelangten,

so konnte die Vorbereitung, welche diese Art von Nahrungsmitteln vorerst in der Mundhöhle zu erfahren haben, gewiss nur eine höchst unvollkommene sein.

Am 20. Februar 1854 wurde zur ersten Operation geschritten. Nachdem die rechte Wange in genügender Ausdehnung gespalten worden, gelang es durch Trennung der verschiedenen narbigen Adhäsionen, gleich jetzt den Mund so weit zu öffnen, dass zwei Querfinger zwischen den Kiefer eingebracht werden konnten.

Jetzt entdeckt man auch am Unterkiefer einen nekrotischen Heerd, dessen Ausbreitung jedoch bei der durch die Operation herbeigeführten Blutung für jetzt nicht genauer zu bestimmen ist.

Der Verband besteht im Einlegen von Charpiebauschen zwischen die Wundränder.

Die auf die Operation folgende Reaktion ist ziemlich bedeutend; der Puls steigt bis zu 136 Schlägen; die Wange schwillt beträchtlich an, doch ist der Schlaf gut, die Schmerzen nicht bedeutend. Ueberschläge von warmem Bleiwasser und Chamillenabsud. Clysma.

Am 23. Februar hat die Anschwellung der Wange bereits abgenommen; Patient vermag auch jetzt die Kiefer eben so weit als unmittelbar nach der Operation von einander zu entfernen. Jetzt lässt sich auch die Ausdehnung der Nekrose des Unterkiefers dahin bestimmen, dass sie sich vom rechten äusseren Schneidezahne bis zum vierten Backenzahne, der unversehrt vorhanden ist, erstreckt.

Am zweiten März beträgt die Erweiterungsfähigkeit der Kiefer $^3/_4''$; die fleissigen Uebungen, welche Patient selbst vornimmt, tragen zu diesem günstigen Resultate viel bei.

Am 8. März stösst sich vom Unterkiefer ein Sequester von 1'' 2''' Länge ab und es zeigen sich jetzt zwei junge Zähne; auch vom Alveolarfortsatze des Oberkiefers löst sich um diese Zeit ein $^3/_4''$ langer Sequester ab, mit welchem gleichzeitig der ganz lose sitzende dritte Backenzahn entfernt werden muss. Später wuchsen an den früher nekrotischen Stellen beider Kiefer noch mehrere junge Zähne nach; die Erweiterungsfähigkeit des Mundes bleibt dieselbe, und auch ein interkurrirendes Erysipelas, welches sich einstellte, weil der Patient sich einmal dem Einflusse der atmosphärischen Luft ausgesetzt hatte, gelangte bald zur Heilung.

Beiträge zur Pädiatrik. Von Dr. C. A. Tott, prakt. Arzte zu Ribnitz in Mecklenburg.

1) Maculae corneae mit Photophobie.

Ein kleiner Knabe, etwa $1\frac{1}{2}$ Jahr alt, litt seit 6 Wochen an den Augen, welche, als ich nun angenommen wurde, im höchsten Grade lichtscheu waren, so dass das Kind nur in einem dunkelen Zimmer verweilen wollte; ausserdem fand ich schwach geröthete (entzündete) Conjunctiva, wobei, wie häufig bei Photophobia scrophulosa, auf deren Natur die allgemeine Skrophulose des Kindes, geschwollene Halsdrüsen, dicke Lippen, geschwollene Nasenflügel, dicker Bauch, dünne Beine bei weissem, zartem Teint, blauem Auge und blondem Haare, unverkennbar hinwies. Der hohe Grad von Lichtscheu stand zu dem Entzündungsgrade gar nicht im Verhältnisse, so dass die Photophobie viel bedeutender war, als man sie von der Conjunctivitis hätte erwarten sollen; zugleich war ein bedeutender Hornhautfleck auf dem linken Auge vorhanden, welcher die Pupille zur Hälfte bedeckte und hellgrau gefärbt war. Lichtscheu und entzündet waren jedoch beide Augen. Um die noch vorhandene schwache Conjunctivitis zu heben, hatte ein anderer Arzt vor mir schwache Auflösungen von Plumbum aceticum in die Augen tröpfeln lassen, ohne Wirkung davon zu sehen; ich liess hinter jedes Ohr ein Vesicatorium perpetuum legen und täglich zweimal von einem Augenwasser in jedes Auge tröpfeln, welches aus einer Auflösung von $\frac{1}{4}$ Gran Sublimat in $\frac{1}{2}$ Unze destillirtes Wasser mit Zusatz von einer Drachme Aqua amygdalarum amararum bestand. Morgens und Abends 4—6 Tropfen; ausserdem aber Ungt. Hydrargyri cinereum, so viel wie eine Erbse gross über die Augenbrauen einreiben, Morgens und Abends, dabei innerlich Oleum jecoris aselli, mit Aqua foeniculi, Gummi mimosae et Syrupus corticum aurantii in Emulsionform gebracht, in welcher Gestalt die Kinder das widerliche Oel, nach meinen Erfahrungen, gerne nehmen. Nach 14 Tagen war jede Spur von Conjunctivitis verschwunden, die Photophobie hatte aber gar nicht abgenommen, eben so wenig der Hornhautfleck sich verändert. Ich liess mit der Leberthran-Emulsion daher fortfahren, um die skrophulöse Dyskrasie zu tilgen, erhielt die Vesikantien hinter den Ohren im Flusse und liess von einer Auflösung von Cadmium (gr. jj) in

℥j Aqua destillata täglich dreimal 4—6 Tropfen in jedes Auge tröpfeln, dabei aber nach Gräfe Extractum belladonnae, Extr. hyoscyami, Opii pur. aa. gr. jj., m. f. pulvis subtiliss. mit Speichel in die Umgegend der Augen einreiben. Nach vierzehntägigem Gebrauche dieser Mittel war die Macula corneae fast spurlos, unstreitig nach dem Cadmium, verschwunden; die Lichtscheu hatte indessen wenig abgenommen, wurde aber innerhalb vier Wochen ganz beseitigt, als ich innerlich die von Kopp bei Photophobia scrophulosa empfohlene Tropfenmischung aus Extract. conii maculati ʒj, solve in Aquae Cinnamomi vinosae ℥β, täglich dreimal zu 4 Tropfen und täglich jedesmal 1 Tropfen mehr, so dass zuletzt täglich dreimal 20 Tropfen die Gabe waren, über die aber nicht hinausgegangen wurde, anzuwenden anfing, wobei ich aber zugleich Unguentum hydrargyri ammoniato-muriatici mit Opium in die Augenlider und über die Augenbrauen, Morgens und Abends für jedes Auge so viel wie eine Erbse gross, einreiben liess. Genug, die Photophobie verschwand, — ob in Folge des innerlichen Gebrauches des Coniums, oder des äusseren Gebrauches der weissen Präzipitatsalbe mit Opium, will ich nicht entscheiden; doch glaube ich, haben wohl beide Mittel zugleich die Photophobie, wie das Cadmium den Hornhautfleck, die Sublimatauflösung aber die chronische Conjunctivitis beseitigt. — Einen ähnlichen Fall hatte ich bei einem zweijährigen Knaben, der ebenfalls den skrophulösen Habitus hatte, ohne dass aber die Skrophulose weiter entwickelt war, indem sich nur eine kleine Halsdrüsengeschwulst und ein gehöriges Verhältniss zwischen Abdomen und Füsse fand, auf welches ich stets viel Werth bei kleinen Kindern lege, da ein dicker Bauch bei dünnen Beinen immer das Hauptkennzeichen der Skrophulose ist, bei welchem dann auch sonstige Zufälle als Reste der skrophulösen Dyskrasie (Ausschläge, Augenübel, Ohrenfluss, Halsdrüsengeschwülste u. s. w.) gewöhnlich nicht fehlen. Der kleine Knabe war nämlich auf dem linken Auge lichtscheu, konnte wenigstens nicht, ohne die Augenlider zusammenzuziehen, in die Sonne oder bei hellem Kerzenlichte, besser bei schwachem Lichte sehen; er kniff das Auge fast immer zu, dabei bestand eine schwache, die ganze Conjunctiva überziehende Entzündung und ein Hornhautfleck, welcher fast die ganze Pupille bedeckte, so dass wohl wenig Licht in dieselbe fallen konnte, woher aber auch gewiss der modifizirte Grad von Photophobie. Ein Arzt in dem Wohnorte der Eltern

des kleinen Augenkranken hatte das Kind angeblich an Augenentzündung behandelt, den Rest derselben aber entweder sammt den Folgen (dem Hornhautflecke) übersehen, oder von den Eltern war mit der Kur, als nach ihrer Ansicht die Hauptsache gehoben zu sein schien, abgebrochen worden, welches Letztere ich eher glaube. Ein Arzt in dem Wohnorte der Grosseltern des Kindes, dem man das kranke Auge zeigte, sprach von Operiren, vielleicht um einen vermeinten Strabismus durch Tenotomie zu beseitigen, die ich aber gar nicht indizirt fand. Ich liess zuerst das oben angegebene Collyrum (Sublimatauflösung mit Aqu. Amygdalar. amararum) anwenden und beseitigte dadurch die chronische Conjunctivitis, mit welcher, da ich zugleich Einreibungen von Unguent. hydr. cinereum mit Extractum Belladonnae über die Augenbrauen adhibirte, die Lichtscheu sich minderte, wobei der Hornhautfleck aber wenig Veränderung erfuhr. Um diesen letzteren, was Hauptaufgabe war, zu beseitigen, wandte ich Cadmium-Solution an, ohne aber auch dadurch etwas auszurichten; wohl aber gelang es mir, den Hornhautfleck, in so weit derselbe die Pupille bedeckte, durch sechswöchentliche Anwendung eines Augenwassers zu beseitigen, welches Guépin zu diesem Ende empfiehlt und aus gr. V Cuprum sulphuricum, gr. VIII Alumen crudum, gr. j Morphium sulphuricum, in ℥ XIV Aqua destillata gelöst, besteht, womit ich das Auge täglich recht oft waschen liess, indem 4 Tropfen des Augenwassers mit 1 Esslöffel voll Wasser vermischt wurden. Statt aber, wie Guépin thut, ausserdem von einem Gemische aus gr. XII Cuprum sulphuricum, gr. IV Morphium sulphuricum und ℥ jj Sacch. album täglich ein Mal ins Auge blasen zu lassen, liess ich, neben den Waschungen, von der Auflösung des Cuprum sulphuricum in der oben genannten Art täglich drei Mal 6 Tropfen ins Auge eintröpfeln, was wohl gegen den Hornhautfleck die Hauptsache gethan hat, während die Waschungen mehr die Lichtscheu gehoben zu haben scheinen und zwar theils durch Beseitigung eines schwach-entzündlichen Zustandes in dem Augenlide, theils des krampfhaften Leidens in dem Musculus orbicularis palpebrarum, das mir der Photophobie mehr, als eine inflammatorische Affektion der Augenlidränder oder des Augapfels der Lichtscheu zur Grundlage zu dienen scheint. Die chronische Entzündung heben wohl Kupfer und Alaun, den Krampf das Morphium. Den Rest des Hornhautfleckes ausser dem Bereiche der Pupille wollte man der Natur überlassen, wenn der

fortgesetzte Gebrauch des Augenwassers während noch zweier Monate, wozu ich rieth, denselben nicht entfernen sollte. Dass der Fleck bei seinem gegenwärtigen Umfange das Sehen nicht beeinträchtigen kann, ist gewiss, da das Eindringen der Lichtstrahlen von aussen in die Pupille nicht verhindert wird, wie das früher der Fall war, als der Fleck die ganze Pupille überzog.

2) Zur Diagnose und Behandlung der Fieber bei Kindern.

Mehrere Fälle von Febris nervosa erethistica versatilis bei Kindern, die oft irrthümlich für Enkephalitis oder Wurmfieber erklärt werden, hatte ich im März v. J. (1853). Die Kranken empfanden zuerst Frost; kleinere liessen sich kalt anfühlen; darauf folgte Hitze mit Irrereden, Unruhe, Schlaflosigkeit, starkem Durste, weiss belegter Zunge, Obstructio alvi, dickem Harne und zuweilen örtlichen, mitunter kalten Schweissen, kleinem, schnellem Pulse, wobei der Appetit ganz darniederlag; die Kinder nur tranken, am liebsten kaltes Wasser; zuweilen geriethen sie in Schlummer, fuhren aber im Schlafe zusammen, schrieen auf, und die Kinder, welche sprechen konnten, glaubten allerlei Gestalten zu sehen, verlangten ungestüm, dass man dieselben entfernen solle. Im weiteren Verlaufe, der sich auf 14 Tage, selten bis 3 Wochen hinzog, ohne dass deutliche Krisen, einige Male nur starke allgemeine, erleichternde Schweisse eintraten, gesellten sich manchmal Decubitus und Aphthen hinzu, und die Kinder verloren nach der Genesung die Haare. Meine Hauptmittel waren Anfangs Electuarium e Senna zur Beseitigung der Obstruktion, dann Kali carbonicum cum succo Citri saturatum, mit Aqua florum Sambuci, Liquor Amm. acetici, Extract. Hyoscyami et Syrupus Althaeae, wodurch die leichteren Krankheitsfälle mehrere Male allein beseitigt wurden, indem Schweisse sich einstellten. Manchmal wirkte Mandelemulsion mit Salmiak und Extr. Hyoscyami trefflich und beseitigte allein das Uebel; in schwereren Fällen versagten die Saturationen und Emulsionen mit Salmiak aber ihre Wirkung, und ich musste Infusum Valerianae mit Salmiak oder mit Saturation von Kali cum succo Citri, und dann noch mit Zusatz von Liquor Ammonii succinici anwenden. Vesikantien, Sinapismen, Blutegel, kalte Umschläge adhibirte ich nie bei diesen Fiebern, wohl aber sah ich oft, sehr oft von kleinen Gaben Extr. Hyoscyami mit Zucker, Abends ein Pulver (gr. 1/8—1/4—1/2 Extr. Hyoscyami),

den grössten Nutzen, indem sich die anomalen Wirkungen des Gehirnes (das Aufschreien, die Visionen) darnach sofort verloren. Einige Male, wo die Zunge sehr belegt war, mitunter Vomiturtionen eintraten, wirkte ein Brechmittel auf's Gehirn trefflich, wohl mehr natürlich durch seine umstimmende und diaphoretische, als evakuirende Kraft. In einigen Fällen trat zugleich ein Leiden der Lungenschleimhaut, Röcheln, Husten, in die Erscheinung, wogegen Senega mit Sulphur stibiatum aurantiacum treffliche Dienste thaten. Selten, doch einige Male, besonders bei Kindern, die in der Dentitionsperiode waren, fand die Krankheit in der Aqua oxymuriatica mit Aqua und Syrupus Rubi Idaei ihr Heilmittel. Auch wo der Zustand mehr ein torpider, als ein erethistischer war, die Kinder daher grösstentheils im Schlafe lagen, wurden die genannten Saturationen und Salmiakmischungen, oft aber auch nur, wie ich das schon vor Jahren in einer in v. Siebold's Journal beschriebenen Epidemie hier dargethan habe, Infusum florum Arnicae mit Erfolg angewandt, scheut mancher Arzt das letztere Mittel daher bei Kindern zu sehr. Die Diät während der ganzen Krankheit war reizlos, nährend. Wo der torpide Zustand der Arnica nicht wich, daher Gehirnparalyse zu fürchten war, rettete einige Male der Moschus das Leben, und das einst bei einem 4jährigen Knaben, wo alle Derivantien in der Nähe des Kopfes, auch Arnica und selbst Einreibungen von Unguentum Tartari stibiati in eine abgeschorene Schädelstelle den Kranken nicht zu ermuntern und besinnlich zu machen vermochten.

3) Koliken und Darmkrämpfe.

Dass bei säugenden Kindern Darmkrämpfe (Kolik) in Folge von Säure und Blähungen, bei älteren von Würmern entstehen, ist bekannt, und verschwinden die Krämpfe hier mit Beseitigung der Ursache; dass aber auch, selbst bei ganz jungen Kindern, Kolik in der Form der nervösen, der eigentlichen Enteralgie, wie bei Erwachsenen auftreten kann, wo gewöhnlich, wie bei diesen, rheumatische Grundlage obwaltet, habe ich, obwohl nur selten, erfahren; — hier halfen die säuretilgenden, blähungstreibenden, Würmer abführenden Mittel nicht immer, öfters gar nicht. Dass man, wenn Kinder über Abdominalschmerzen klagen, immer erst an entzündlichen Zustand denken muss, versteht sich von selbst; die Intermittenz der Symptome, der Mangel der Empfindlichkeit des Unterleibes bei tieferem Drucke

(bei gelindem Drucke entsteht auch schmerzhafte Empfindung, wenn Krampf da ist, denn die Empfindlichkeit der Hautnerven ist hier gesteigert, also Erethismus nervosus cutaneus vorhanden) sind die pathognomonischen Kennzeichen der Kolik, die ich übrigens einige Male in Darmentzündung habe übergehen gesehen. Ich will hier nur drei Fälle als Beleg anführen, dass die nervöse Kolik gerade wie bei Erwachsenen im kindlichen Alter auftreten kann. Der 5 Jahre alte Sohn eines Pächters klagte seit 4 Tagen über Leibschmerzen im Umfange des Nabels, die oft sehr heftig wurden; dabei war Verstopfung vorhanden. Vergeblich suchte man dem Uebel durch Kamillenthee, wie durch ein Laxans zu wehren, indem, wenn auch nach dem Gebrauche dieser Hausmittel etwas Linderung, oft auf Stunden, folgte, doch nicht ein Tag vorkam, wo sich nicht mitunter wieder einen hohen Grad von Intensität erreichende Unterleibsschmerzen eingestellt hätten. So ging es 8 Tage fort, als ich angenommen wurde. Dass hier kein inflammatorischer Zustand obwaltete, dafür sprachen die obigen angegebenen, charakteristischen Kennzeichen des Krampfes, — der weisse Harn, der Mangel an Fieber und die Dauer des Uebels, welches als Entzündung ohne passende Hülfe in Tagen getödtet haben würde; die Abstammung von einer krampfsüchtigen Mutter erleichterte auch die Diagnose. Mein erster Gedanke war, dass Würmer das Kausalmoment der Krankheit bildeten, und ich gab demnach eine von mir als wirksam erprobte, Würmer oft in ganzen Knäueln abführende Latwerge, welche ich der Störk'schen mit Abänderung nachgebildet habe, aus Pulvis radicis Valerianae minoris, Semin. Cynae (aa. ℥jj), Pulv. radic. Jalappae ʒj, Syrupus simplex q. s. ut f. Electuarium molle, täglich dreimal 1 Theelöffel voll zu geben, der ich nur bei Kindern, denen durchaus die Wurmmittel in anderer Art nicht beizubringen sind, das in neuerer Zeit gangbar gewordene Santonin (täglich dreimal zu gr. j und mehr mit gr. X Pulvis Chocolatae) substituire; allein es gingen nur wenig Würmer ab, und die Schmerzen im Abdomen minderten sich darnach auch um nichts. Eben so wenig richteten aber auch innerliche Antispasmodica, wie Infusum Valerianae cum liquore Ammon. succinici, Tinctura Castorei, Klystire aus Infus. Chamomillae mit Asa foetida und krampfstillende Einreibungen aus, indem dieselben nur palliativ, auf Tage höchstens, das Uebel beseitigten; am meisten leistete gr. ¹/₄ Opium mit ℈j Zucker pro dosi, indem hiernach die Kolik des Knaben auf

8 Tage sistirt wurde; da aber das Uebel wieder kam, und eine wiederholte Dosis Opium nur auf 3 Tage diesmal den Krampf beschwichtigte: so bestimmte ich mich, um den Kranken nicht an das Opium zu gewöhnen und am Ende allmählig immer grössere Dosen geben zu müssen, wie es bei diesem trefflichen Mittel, ohne welches ich nicht Arzt sein möchte, so leicht geschieht, für einen anderen Heilweg. Ich liess nämlich warm baden und dem Badewasser einen Aufguss von Valeriana, Kalmus und Kamillen (zu jedem Bade von jedem einzelnen Mittel ℥jß) zusetzen; das Badewasser, wie ich das stets nach Kopp's Methode thue, zwar nur bei jedem vierten Bade erneuern, wohl aber zu jedem Bade neuen Kräuteraufguss setzen, wodurch die Bäder eine Zeit lang allgemach stärker werden. Schon nach dem sechsten Bade hat sich keine Spur von Schmerz wieder bei dem Knaben gezeigt, auch bis jetzt nicht, nun schon seit Jahren nicht. Der Sicherheit halber liess ich aber 16 Bäder nehmen. — Einen ähnlichen Fall von Kolik hatte ich bei einem 5jährigen Mädchen, welches schon vor einem halben Jahre von einem anderen Arzte vergeblich mit Anthelminticis bedient worden war, ohne dass die Schmerzen, die mitunter einen hohen Grad erreichten, zum Stillstande gebracht werden konnten. Kam das Uebel hier auch nicht so oft, wie bei dem eben erwähnten Knaben, so verging doch auch fast keine Woche, wo das Kind nicht von den heftigsten Schmerzen gefoltert wurde. Infusum Valerianae, Foliorum Sennae (diese wegen Neigung zu Obstructio alvi) und Semin. Cynae (wegen noch immer obwaltenden Verdachtes auf lebende Schmarotzer in den Gedärmen) mit Liquor Ammonii succinici, Tinctura Castorei canadensis et Syrupus Mannae, Emulsio Amygdalina (℥jjj) mit Opium (gr. $^3/_4$) und Syrupus Althaeae (ʒjjj), alle 2 Stunden zu 2 Theelöffel rückten den Krampf, das letzte Mittel, noch auf die längste Zeit hinaus, vermochten aber das Uebel eben so wenig ganz zum Stillstande zu bringen, wie antispastische Einreibungen ins Abdomen und eine Tropfenmischung aus Tinctura Valerianae, Liquor Ammon. succinici, Oleum Carvi et Menthae crispae. Eine Pulvermischung aus Bismuthum nitricum praecipitatum (welches ich bei Kindern, denen man ja Argentum nitricum, Belladonna u. s. w. gibt, nicht scheue), Magnesia carbonica aa. gr. jj, Ol. Valerianae gutt. jjj, Pulvis Colombo, Flavedinis cortic. Aurantii, aa. gr. V, Rad. Rhei opt. gr. jj. M. f. pulvis. Morgens und Abends ein Pulver in Wasser; und zwar 16 Dosen dieser Mi-

schung haben die Kolik des kleinen Mädchens nun bereits seit einem Jahre zum Stillstande gebracht, und sind die von mir für ein etwaiges Rezidiv proponirten Bäder aus warmem Ostseewasser (da das Kind nahe an der See wohnt), und wenn diese nicht für die Dauer helfen, warme Kräuterbäder, wie ich sie oben angab, bis jetzt nicht nöthig geworden. Ein zweijähriges Kind, ein Jahr früher an einer passiven Phlogosis der Darmschleimhaut — dem Typhus lentus Autenriethiicum phlogosi passiva intestinorum — von mir durch Kalomel geheilt, bekam starken Durchfall, als gerade Cholera nostras im Orte herrschte, der sich aber in 4—5 Tagen von selbst verlor; als jedoch, nach Sistirung der Diarrhoe, das Kind heftig zu schreien begann und gar nicht wieder damit aufhören wollte, holte man mich herbei. Ich fand, dass die Schmerzen, wie das Anziehen der Beine an den Unterleib andeutete, im Unterleibe waren, und dass aber weder ein starker Druck mit der Hand auf denselben die Schmerzen vermehrte, noch das Kind den Mund verzog, um Schmerz anzudeuten, dass ferner, wie ich ermittelte, die Schmerzen oft auf 1/2 bis ganze Stunde ganz aussetzten, und das Kind dann ganz munter erschien, was besonders nach Abgang von Flatus der Fall war, dass auch Fieber und Durst fehlten. Mithin von jedem Dasein eines entzündlichen Zustandes im Unterleibe abstrahirend, glaubte ich es mit Krampf (Kolik) zu thun zu haben. Ich gab deshalb Tinctura Valerianae, Liquor Ammonii succinici aa. ʒß, Tinctura Castorei canadensis gutt. X, Oleum Menthae crispae gutt. jj, alle 2 Stunden 5 Tropfen in 1 Theelöffel voll Kamillenthee, worauf die Schmerzen schwanden und nicht wiederkehrten, wohl aber am folgenden Tage sich die Diarrhoe wieder einstellte, der ich erst zwei Tage freien Lauf liess, als dieselbe da aber nicht ausblieb, um das zarte Kind nicht noch mehr zu schwächen, durch Infusum Valerianae, Colombo, Calami cum Conch. praepar., Pulvis Nucis moschatae, Tinctura Opii simpl. (gutt. jjj auf ℥jjj Flüssigkeit) und Syrup. Cortic. Aurantii in 2 Tagen allgemach beseitigte, worauf nach eintägiger Obstruktion ohne weitere Belästigung normaler Stuhlgang erfolgte und kein Kolikanfall wieder eingetreten ist. Alle diese Fälle beweisen, dass es für Kinder keine so abgeschlossene Therapie, keinen so ganz isolirt dastehenden Arzneischatz gibt, sondern dass manche Krankheiten der Kinder auch mit Mitteln behandelt werden müssen, die bei denselben Uebeln, wenn sie Erwachsene befallen, sich heilkräftig zeigen; dass also

Bismuth, Opium, Valeriana, Ammonium nicht immer so strenge vom Heilapparate in der Kinderklinik auszuschliessen sind, wie dies hin und wieder noch immer geschieht, indem man manchmal nur die leichtesten Mittel anwendet, kräftigere aber mit Unrecht scheut, während dieselben, versteht sich in nur angemessenen, viel kleineren Gaben, als bei Erwachsenen — oft allein nur Hülfe bringen können. Ich lasse deshalb auch meine Dekokte und Aufgüsse eben so stark bereiten, wenn sie Kinder nehmen sollen, wie wenn sie für Erwachsene bestimmt sind, nur lasse ich sie Kindern theelöffelweise verabreichen, während sie Erwachsenen zu Esslöffeln gereicht werden. Bei den Pulvern und Tropfen bestimme ich die Gabe natürlich ebenfalls dem kindlichen Alter gemäss. —

4) Eigenthümliche skrophulöse Geschwülste.

Ein Kind von $1^1/_2$ Jahr, dessen Mutter ich im November und Dezember 1853 an Typhus mit schnellem Uebergange in chronisches Delirium behandelte und heilte (siehe medizinisches Konversations- und Korrespondenzblatt für die Aerzte im Königreiche Hannover. 1853. Nr. 16.), war, da die Entbundene Ueberfluss an Milch in den Brüsten hatte, aus Gründen, die ich in der genannten Zeitschrift. S. 122 angegeben habe, von der Brust, auf meine Anordnung nicht abgenommen worden, und befand sich dabei trefflich. Mehr denn ein Jahr verging auch, und ich sah das Kind wohl und munter. Da wurde ich aber im Dezember 1853 aufgefordert, über einige Geschwülste an den Händen des Kindes mein Urtheil zu fällen, wegen derer man besorgt war. Ich fand nämlich am äusseren Rande der rechten Hand einen Tumor von der Grösse einer guten Wallnuss, der sich weich, elastisch, wie eine Balggeschwulst anfühlte, sich etwas hin und herschieben liess, in der Mitte seiner Basis aber doch fest an dem Os metatarsi digiti minimi zu sitzen schien, und zu zwei Dritttheilen entzündet aussah; eine zweite Geschwulst zeigte sich mitten auf dem Rücken der linken Hand der Konsistenz nach sich mehr als ein dem Ueberbeine (Ganglion) ähnlicher Tumor, ohne jede Spur von Entzündung ausweisend, so gross, wie ein Drittel von einem Hühnerei, den Schnitt von der Spitze angefangen, oben aber flachrunder als eine Eispitze, während die Geschwulst am äusseren rechten Handrande zwar auch die Form einer guten halb durchschnittenen Wallnuss hatte, oben

aber ebenfalls mehr abgeflacht war, als eine Nuss. Der linke Daumen war um die Hälfte voluminöser, als der rechte, die Geschwulst fühlte sich hart und gespannt an, und hatte den Anschein einer Knochenauftreibung. Dass diese Geschwülste skrophulöser Natur waren, bezweifelte ich keinen Augenblick, als ich erfuhr, dass die Mutter des Knaben, in Abwesenheit des Ehemannes, der Schiffer war, demselben Alles nach der Entwöhnung verabreicht hatte, was sie gegessen, als Kartoffeln, grobes Brod, Mehlsuppen u. s. w. Dass sich bei dem zarten, fein gebauten Kinde mit weissem Teint, blondem Haare, blauen Augen, daher eine skrophulöse Dyskrasie hervorbilden musste, war natürlich, und war die Skrophulose auch deutlich durch den harten, angeschwollenen Unterleib mit unverhältnissmässig dünnen Beinchen, so wie durch den Heisshunger des Kindes, zumal nach cruden, groben Speisen, ausgeprägt. Wie nun in anderen Fällen, und das in den meisten, der Reflex der skrophulösen Dyskrasie sich in Form geschwollener Halsdrüsen, von Ausschlägen, Augenleiden, Ohrenfluss u. s. w. darstellt, geschah das hier — als seltener Fall — in der Gestalt von Geschwülsten an den Händen, die ihrer Konsistenz nach theils die Natur des Tumor cysticus, theils des Ganglions hatten. Ich gab sofort Plummer'sche Pulver und liess in sämmtliche Geschwülste Unguentum Hydrargyri cinereum mit Linim. Ammon. camphoratum und Ol. Hyoscyami einreiben; doch es änderte sich innerhalb 14 Tagen weiter nichts, als dass die Geschwulst auf dem Rücken der linken Hand im Umfange etwas abgenommen hatte, auch weicher geworden war; der Daumen und die Geschwulst am äusseren Hautrande blieben nach wie vor. Da mir nun die letztere zur Suppuration zu tendiren schien, so liess ich warme Umschläge in Breiform von Semen Lini pulv., mit halb Milch, halb Wasser gekockt, machen; statt aber die Eiterung zu fördern, liess sich die Geschwulst wieder zur Zertheilung an, indem sie bedeutend kleiner geworden war, die Röthe sich mehr verloren hatte. Da auch Daumen- und Handrückengeschwulst keine weiteren Fortschritte zur Rückbildung bei den Einreibungen machten, im Gegentheil auch diese Geschwülste sich plötzlich zu röthen anfingen, so kataplasmirte ich auch sie, ohne indessen etwas Bedeutendes auf die eine oder andere Art herbeiführen zu können. Da im Gegentheile doch eher die Neigung zur Suppuration als zur Zertheilung in Bezug auf Daumen- und Handrückengeschwulst bei dem fortgesetzten Kataplasmiren in die Er-

scheinung trat, auch die Geschwulst am äusseren rechten Handrande wieder zunahm, sich noch mehr wieder röthete, so entschloss ich mich, um die Sache zu einem bestimmten Ziele zu führen, sämmtliche Geschwülste mit einem auf Leinwand gestrichenen Brei aus Honig und Roggenmehl, den ich bei trägen Abszessen, zumal bei Furunkeln, um sie zu maturiren, so höchst wirksam oft gefunden habe, Morgens und Abends erneuert, bedecken. Vier Tage lang liess ich hiermit fortfahren, öffnete dann die Geschwülste an den weichsten Stellen, auch die Daumengeschwulst, und entleerte aus allen vielen Eiter; ich musste aber die Geschwülste, die sich immer wieder erhoben, auch noch immer hart im Umfange der künstlichen Oeffnungen blieben, noch Monate lang ab und zu wieder öffnen und entleeren, diess auch bei einer Geschwulst von der Grösse eines Taubeneies ausführen, die sich während der Behandlung der anderen Tumoren in der linken Armbeuge entwickelte, die ich aber schnell durch Belegen mit Honig-Mehlbrei maturirte. Ich durfte die Oeffnungen der Geschwülste später nie zuheilen lassen, sondern musste sie durch Charpiewicken stets offen halten. Die Eiterung in der Geschwulst in der linken Armbeugung liess am ersten nach, und es schwand Alles bis auf eine kleine Induration von Erbsengrösse, die ich aber durch fortgesetztes Bedecken mit Species resolventes Pharmac. Borussica in Kissenform, gleichwie eine längliche, unbemerkt auftauchende Geschwulst längs des linken Vorderarmes, vom Ellbogen bis zur Handwurzel, welche dem Vorderarme das Ansehen einer Krümmung gab, gänzlich eben dadurch zertheilte. Die Eiterung in den übrigen Geschwülsten, die, ich wiederhole es, später stets durch Charpiewicken offen gehalten werden mussten, um des wiederholten Oeffnens mit dem Messer überhoben zu sein, hörte, was ich gleich vorher sagte, auch erst auf, in der Geschwulst auf dem linken Handrücken zuerst, als durch die beharrliche Anwendung der Species resolventes und Species aromaticae die Härte ganz geschmolzen war. Dass Aufspalten der Gänge und Kanäle, die sich in der Eitergeschwulst am rechten äusseren Handrande befanden, wie Erweiterung der Oeffnungen am Daumen und auf dem linken Handrücken den Eiterungsprozess nicht früher beseitigt haben, sondern die offenen Wunden, da sie sich in indurirten Theilen befanden, am Ende noch schwerer geheilt sein möchten, glaube ich gewiss, da die Luft in die einzelnen kleinen Oeffnungen nicht so eindringen konnte, wie dies

bei ganz offenen Wunden der Fall ist. Es schien mir Alles nur darauf anzukommen, die noch bestehenden Härten zu schmelzen, weil dann die Eiterung von selbst aufhören musste, dieselbe aber nie, auch bei grösseren Oeffnungen, Aufschlitzen etwaiger Kanäle, vor erfolgter Schmelzung der indurirten Partieen zessirt haben würde. In wie ferne der ab und zu institnirte Gebrauch des Oleum jecoris Aselli, neben welchem ich Piccardawein trinken und zweckmässige Diät führen liess, zur Heilung beigetragen habe, will ich dahingestellt sein lassen, glaube aber, dass diese Kur und das passende Regimen auch das Ihrige gethan haben, da der Unterleib weicher und flacher, das Verhältniss zwischen Abdomen und Beinen ein normaleres geworden ist. Ich lasse die zweckmässige Diät fortsetzen und habe zum Gebrauche warmer Seebäder, sobald die Witterung nur gelinder wird, gerathen, da ich von diesen, wie von Soolbädern, stets grossen Nutzen bei skrophulösen Individuen sah.

5) Kyanose.

Die blaue Hautfärbung (Blausucht, Cyanosis) ist als eigentliche Krankheit nicht anzuerkennen, sondern nur ein Symptom, welches verschiedenartigen Krankheitszuständen zukommt. Sie findet sich manchmal bei Pneumonie, Brustwassersucht, Asthma, Vomica pulmonum, Cholera, Chlorosis, bei Lungenemphysem, Hepatisation der Lungen, Erguss in der Pleura, Atelectasis pulmonum neonatorum, Hydrops ventriculorum, bei manchen Arten des Typhus, wo das venöse Gefässsystem vorschlägt (hier im Gesichte), aber bei keiner Krankheit findet sich die blaue Hautfarbe so konstant, wie beim Offenbleiben fötaler Kommunikationswege im Herzen (des foraminis ovalis, des ductus arteriosus Botalli), selbst nicht so bestimmt bei anderen Herzübeln, als bei Krankheiten der Herzvalveln, Obliteration der Gefässstämme, der Herzöffnungen rechter Seite, Herzatrophie, Erweiterung des Herzens u. s. w. Auch gehört hieher die blaue Hautfärbung bei den im Kohlendampfe Erstickten, ferner die in Folge des längeren Gebrauches des Argentum nitricum crystallisat., bei faulichten Blattern u. s. w. Abnorme Kommunikation der Herzhöhlen soll aber manchmal auch ohne blaue Hautfärbung vorkommen können, was mir indessen noch nicht begegnet ist, da ich in zwei Fällen, in deren einem die Sektion das organische Herzleiden nachwies, in dem anderen unverkennbar das Herz der Heerd der

Leiden ist, vollständige Kyanose wahrnahm. Der eine dieser Fälle betraf ein Neugeborenes, welches nicht nur an den Fingern und Zehen, sondern auch im Gesichte, zumal um den Mund herum, in der Nähe der Nasenflügel, aber auch an den Genitalien, wie an anderen einzelnen Stellen des Körpers eine mehr, als indigoblaue, an einzelnen Partieen fast schwarzblaue Färbung zeigte, welche sich besonders beim Schreien verstärkte; anhaltende Dyspnoe, die zuweilen in suffokatorische Zufälle überging, Kälte des Körpers, die nur selten wich, schwacher Puls und Herzschlag, matt klingende Stimme waren die zugleich vorkommenden Symptome. Das Stethoskop gab ein Aftergeräusch an, was ja ein verengertes Ostium, oder abnorme Kommunikation der Herzhöhlen anzeigen soll. Wie immer konnte auch hier nur palliativ verfahren werden; warmes Bad und Moschus, von welchem hier also nicht Joseph Frank's Worte „Antispasmodica generis calidioris ut moschus et valeriana aerumnas adaugent" gelten, linderten die Athemnoth und Erstickungszufälle am besten. Das Kind starb nach 10 Wochen; die Leichenöffnung ergab offen stehendes Foramen ovale und obliterirte Lungenarterie. Dr. Dittmer's Kur bei Kyanose als Folge von Herzfehlern, nämlich den Kindern 3 Tage lang wenig Ruhe zu lassen, sie durch Hungern, durch Störung des Schlafes zum Schreien zu bringen, um künstlich Blut in die Lungen zu leiten, kann ich keinen Beifall schenken, weil schon die Zufälle jedesmal dadurch gesteigert werden; auch soll diese Kurmethode nur beim Offenstehen des Ductus arteriosus Botalli an ihrer Stelle sein, nicht aber passen, wenn das Foramen ovale nicht geschlossen ist. Sind aber diese verschiedenen Bildungsfehler immer durch physikalische Kennzeichen so ganz bestimmt zu erkennen? Die Auskultation hat hier noch ein weites Feld. Den zweiten Fall von Kyanose, als unverkennbare Folge eines Herzfehlers, sah ich noch im März 1854 bei einem noch jetzt umher wandelnden Exemplare, einem Knaben von vier Jahren. Dass die blaue Hautfärbung hier wirklich durch eine Herzteratose bedingt sei, glaube ich aus den Symptomen mit Sicherheit schliessen zu können. Die blaue Färbung leiteten die Eltern, von denen der Vater öfters an Abdominalkrämpfen von mir behandelt wird, die Mutter ganz gesund ist, auch schon ein zweites, ganz gesundes Kind hat, zu Anfange von der Muttermilch ab; später glaubte man, dass sich die Farbe im Laufe der Zeit verlieren werde, bis ein Arzt in Rostock, wo

die Mutter mit dem Kinde bei ihrer Schwester zum Besuche war, erklärte, dass das Kind an einem organischen Fehler im Herzen leide und wohl schwerlich über 5 Jahre alt werden dürfte (?). Ich sah das Kind später ebenfalls zufällig. Seine beiden Wangen sind fast bis zu den unteren Augenhöhlenrändern und bis an die Unterkieferäste röthlich-blau gefärbt, jedoch so, dass das Roth schwach vorherrscht, also blass-violett, ebenso die Hälfte der Nase, vom Knorpel an gerechnet; dieselbe Farbe zeigen die beiden Ohrmuscheln, zuweilen, doch nicht immer, auch das Skrotum; die Zunge ist auch mehr schwach violett als fleischfarben beschaffen. Dabei leidet der Knabe an beständiger Dyspnoe, wobei man den Athem schon von weitem hört, die bei Zorn (sonst nie) in suffokatorische Zufälle übergeht, wobei dann auch das Kolorit (während der Paroxysmen) sich mehr dem des Indigo nähert, was sich aber ändert, so dass wieder die gewöhnliche röthlich-blaue Färbung eintritt, sobald der Anfall von Suffokation vorüber ist, wo dann auch die für immer obwaltende Kurzathmigkeit wieder in die Erscheinung kommt. Das Kind mag am liebsten sitzen, oder auf der linken Seite liegen, beim Gehen fühlt es sich sehr schnell ermüdet, kann dasselbe höchstens einige Minuten ertragen, wo dann sogleich wieder zum Sitzen geeilt wird; manchmal sagt das Kind, dass es fallen wolle, das Zimmer sich mit ihm im Kreise bewege, es in's Wasser, dem es nahe wohnt, fallen werde (Symptome von Kopfkongestion, Schwindel, Folge anomaler Blutzirkulation, die ja bei Herz- und Lungentratosen nicht ausbleiben kann). Der Appetit ist gut, so auch die Stuhl- und Harnentleerung normal, Schlaf wie bei gesunden Kindern, keine hydropischen Anschwellungen bis jetzt, keine fühlbare Kälte der Haut, von der Schönlein sagt, dass sie sich bei Kyanotischen schlangenähnlich anfühle, wie ich das bei dem anderen kleinen Kranken wahrnahm; auch klagt das Kind nie über Frost und ist die Hauttemperatur, nach Aussage der Mutter, durchschnittlich noch immer höher, als bei dem gesunden Bruder. Die Geistesfähigkeiten sind ungetrübt, das Gedächtniss ist geradezu sehr stark, das Verlangen nach frischer Luft sehr gross, wesshalb ich für den Sommer, wenn das Kind dann noch lebt, gerathen habe, dasselbe öfters in die Luft zu tragen und zu setzen, um eine sauerstoffreichere Luft, als die Stubenatmosphäre, zum Einathmen zu bieten und dadurch eine stärkere Oxygenation des Blutes zu ermöglichen, — ein Verfah-

ren, zu welchem ich bei kyanotischen Kindern eher überhaupt rathen möchte, als zu der Dittmer'schen Schreimethode, die, weil die Leidenschaft der Kranken dabei aufgeregt wird, leicht Erstickungszufälle herbeiführt, die dann doch, da in ihnen meistens der Tod erfolgt, möglichst abgehalten würden müssen. Dem angeblichen Ausspruche des Rostocker Arztes, dass kyanotische Kinder gewöhnlich nicht über 5 Jahre alt würden, kann ich übrigens nicht beistimmen; denn wenn gleich die meisten Blausüchtigen in den ersten Lebenstagen, oder doch in den ersten Lebenswochen sterben, so fehlt es doch nicht an Beispielen, dass Kyanotische 40—50 Jahre alt geworden sind, ja man will Fälle gehabt haben, wo die bildende Naturkraft das Uebel geheilt hat, worüber ich indess auf den in Rede stehenden Knaben nichts zu prognostiziren wage, da derselbe noch mehrere Entwickelungsperioden, wie den zweiten Zahnwechsel und dann das Pubertätsstadium, durchmachen muss, die bekanntlich Kyanotischen immer sehr gefährlich sind; auch kann leicht in einem Erstickungsanfalle, wenn auch mehrere Anfälle dieser Art bereits Jahre lang überstanden sind, plötzlich Tod durch Lungenapoplexie, in dem gegebenen Falle leicht durch venöse Apoplexie erfolgen, zu der bei den öfteren Anfällen von Schwindel die Anlage sehr vorherrschend ist, nicht so leicht durch Ohnmacht, auf deren Anzug, wiewohl sie nie zu Stande kommt, ich aus dem seltenen Ausspruche des Knaben „Mir wird wie ein Hund zu Muthe" schliesse (das sogenannte Blauwerden, Ohnmachtsgefühl, welches sich bei Ruhe immer verliert). Welche Art von Missbildung im Herzen, oder der mit demselben verbundenen Gefässe bei dem Knaben Statt findet, ist weder durch das Stethoskop, noch sonst zu ermitteln, dass ein vitium organicum cordis aber da sei, bezeugen unverkennbar die Symptome, besonders das Auftreten der blaurothen Hautfarbe seit der Geburt, das Konstante derselben, während die blaue Farbe, in Folge anderer Krankheiten manchmal ganz verschwindet, ferner der Eintritt der Erstickungszufälle nach Aufregungen, die kontinuirliche Dyspnoe, welche charakteristischen Zufälle geradezu besonders auf Offensein des Foramen ovale, oder des Ductus arteriosus Botalli, also auf Fortbestehen der fötalen Kommunikationswege der Herzhöhlen hindeuten. Zu ärztlicher Hülfe scheint man bei dem in Rede stehenden Knaben kein Vertrauen zu haben. Bei dem Knaben findet übrigens keineswegs der von Canstatt (Spec. Pathologie und Therapie

4. Bd. 1. Abthl. S. 185. §. 466) angegebene, freilich auch von ihm nicht für konstant bei Blausucht angegebene Habitus cyanoticus (schmächtiger Körper, lange und magere Arme, kleiner Rumpf, lange, breite, kolbig geformte Fingerglieder, Krümmung der oft beständig blauen Nägel, schlaffe Muskeln, schwacher Haarwuchs) Statt, sondern im Gegentheil ist die Statur des Knaben gedrungen, der Hals kurz, die Muskeln sind für das Alter kräftig, zwischen Armen und Stumpf ist das gehörige Längenverhältniss, starkes blondes Haar; der ganze Habitus ist aber ein apoplektischer (kurz, gedrungen, kurzer Hals, Kopf mehr zwischen die Schultern gedrängt, woher auch die Anfälle von Schwindel). Mein verewigter Lehrer Mende zu Göttingen erzählte im Klinikum zu Greifswald, dass sein Freund, Professor Rudolphi in Berlin, auch einst mein Lehrer, mehrere Kinder in der ersten Lebenszeit an Kyanose verloren habe, ohne dass die Familie eine heretidäre Disposition zu solcher Krankheit nachweisen konnte. Dass Kyanotiker, wie Schönlein sagt, nicht leicht von anderen Krankheiten befallen werden, bestätigt sich auch bei dem in Rede stehenden Knaben, der noch nie eine andere Krankheit gehabt hat, selbst von Keuchhusten, Rötheln, Grippe, die hier in vier Jahren viel grassirt haben, verschont geblieben ist. Schliesslich möge gelegentlich hier eine Stelle finden, was der mit Unrecht nicht viel gelesene französische Arzt J. G. Boisseau (Nosographie organique. G. IV. §. 33, 35, 36 und 38) über die von ihm Ictère bleu, Maladie bleue, Cyanodermie, genannte Kyanose sagt: „Die blaue Färbung der Haut entsteht, ausser durch übermässige Kälte und Hitze, durch Quetschung und innerlichen Gebrauch des Silpersalpeters, auch durch Herzkrankheiten, welche die Blutzirkulation beeinträchtigen. Die Haut ist bläulich, blau, purpurviolett, oder schwärzlich, entweder gleichmässig, oder in Gestalt von Flecken, Streifen, und zwar über den ganzen Körper, besonders aber im Gesichte, an den oberen Augenlidern, den Wangen, der Nase, den Ohrläppchen, den Geschlechtstheilen, den Händen, Füssen, an den Spitzen der Finger und Zehen. Die blaue Farbe nimmt zu bei Einwirkung von Kälte, Hitze, beim Saugen, Husten, Schreien, Gehen, bei Anstrengungen, bei der Verdauung, sie nimmt ab in der Ruhe, im Schlafe, und wird die Farbe dann wie die des Bleies, bleich, leichenartig. Doch nicht blos die äussere Haut ist blau gefärbt, auch das unter derselben liegende Zellgewebe ist geschwollen,

die Lippen sind aufgetrieben, bläulich oder schwärzlich. Man nimmt überdiess Symptome von Krankheit des Herzens wahr, welches eine Stockung von schwarzem Blute in den Herzhöhlen rechter Seite und in den Venen — die unmittelbare Ursache der blauen Farbe der Haut — zur Folge hat. Diese Symptome steigern sich, oder erscheinen anfallsweise und mit ihnen nimmt die Hautfärbung zu oder ab. Gleich der Gelbsucht ist die Blausucht kein primäres Uebel. Zuweilen ist die blaue Färbung der Haut partiell, örtlich beschränkt, von sehr geringer Ausdehnung, angeboren und hängt dann nicht von einem Hindernisse in der Zirkulation im Zentrum des Systemes, sondern ohne Zweifel blos von einem Hindernisse in den äussersten Enden der Zirkulationswege ab. Die Blausucht eignet sich nicht zu einer direkten Behandlung, wenn sie in Folge eines organischen Fehlers in den Zentralorganen des Blutumlaufes entsteht.

Ueber den Kropf Neugeborener, vom Oberamtsarzte Dr. Maurer in Weinsberg.

Zunächst durch die Behauptung Bednàr's, dass ein durch Hypertrophie der Schilddrüse bedingtes Asthma thyreoideum bei Neugeborenen nicht vorkomme, veranlasst, theile ich eine Beobachtung mit, nach welcher Bednàr vollkommen Unrecht hat, wenn er das Vorhandensein des Asthma thyreoideum läugnet, und erlaube mir, auch gleich vorneherein zu erklären, dass blosser Kongestivzustand der Schilddrüsengefässe, wie er nach manchen Geburten vorkommt, und Hypertrophie der Schilddrüse ganz verschiedene Zustände sind. Es gesellt sich allerdings zum Asthma thyreoideum eine Schwellung der Venen des Halses und der Schilddrüse, allein sie ist nicht Erscheinung der Hypertrophie, sondern des gehinderten Athemholens *).

Nach einer mässig schweren Geburt wurde ein kräftiger, wohlgenährter Knabe als 3. Kind von einer gesunden, kräftigen Mutter geboren. Der Vater ist gleichfalls gesund, hat jedoch einen bedeutenden Kropf. Als die Respiration eintreten sollte,

---

*) Vergl. Fr. Betz, über das Asthma thyreoideum, Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. XXI. Hft. 3 u. 4; ferner Betz über den Kropf Neugeborener, Henle und Pfeufer, Zeitschrift Bd. IX.

ging diese nur sehr schwierig und röchelnd von Statten. Die Hebamme setzte sogleich einen Blutegel an den Hals und reichte einen Brechsaft. Bald darauf erschien ich und wurde gleich beim Anblicke des kranken Kindes an eine fehlerhafte Beschaffenheit der Schilddrüse als Ursache der Athemnoth erinnert, wenn gleich eine Vergrösserung der Schilddrüse durch einen äusseren Tumor sich nicht bemerklich machte; der Blutegel zog noch, und das Athmen soll etwas leichter geworden sein. Dessen ungeachtet fand ich die Respiration noch äusserst schwierig, von Pfeifen und Röcheln begleitet, das Kind streckte hiebei, wie beim höchsten Grade des Krups, den Hals, um nach Luft zu schnappen. Der Blutegelstich blutete lange, acht Stunden, nach, so dass zur Blutstillung ein Faden durch die Wunde gezogen werden musste. Der Blutverlust war an dem Kinde sichtbar, der Puls jedoch noch kräftig. Das Athmen wurde, ohne Zweifel durch die Schwäche, wieder etwas freier, war jedoch immerhin beschwerlich. Das Brechmittel hatte einige Male gewirkt. Es wurde nun Jodsalbe eingerieben, aber die Athemnoth steigerte sich und nach 36 Stunden war das Kind eine Leiche. — Bei der Sektion fand sich weniger der Isthmus als die seitlichen Lappen vergrössert (auch Fr. Betz gibt dieses Verhältniss an), braunroth, und die von der Drüse abwärtsgehenden Venen stark geschwellt, einige waren bis zur Federkieldicke mit schwarzem Blute angefüllt, wie nach dem Tode durch Suffokation. Bei weiterer Verfolgung der Drüse ergab sich, dass die Hörner sich hinter der Luftröhre berührten und einen förmlichen Ring um dieselbe bildeten. In der Luftröhre war unterhalb der Einschnürungsstelle viel Schleim angehäuft, dagegen war der Kehlkopf frei davon. Schlingbeschwerden wurden nicht wahrgenommen. — Die Lunge war sehr blutreich und zeigte inselartig lufthaltige Stellen. — Am Herzen fand sich nichts Abnormes.

Dass dieses Kind nicht an Lebensschwäche, Asthenie, starb, sondern an einem Asthma thyreoideum, kann nach dem Sektionsbefunde nicht bezweifelt werden. Anschliessend soll hier nicht unerwähnt bleiben, dass in dem Orte, wo die Beobachtung gemacht wurde, der Kropf und Kretinismus einheimisch ist, und Fälle, wo Kinder an einer Vergrösserung der Schilddrüse und daher rührender Verengung der Trachea sterben mussten, auch von früheren Kollegen beobachtet wurden. Es ist desshalb das Asthma thyreoideum eine nicht mehr zu bezweifelnde Thatsache.

II. Kritiken und Analysen.

Dr. Stiebel sen., über Rhachitis und Osteomalacie.

(Sonderabdruck aus dem von den DD. Bamberger, Chiari, Falck, Griesinger, Hasse, Hebra, Heusinger u. s. w. herausgegebenen und von Virchow redigirten Handbuche der speziellen Pathologie und Therapie.)

Diese Darstellung der Rhachitis und Osteomalacie ist belehrend und erfasst mit Geschick die neuesten Untersuchungen und Erfahrungen. Was uns darin originell erscheint, wollen wir kurz anführen.

Nicht Glisson (1650) ist der älteste Autor über Rhachitis, wie mit dem Ref. gewiss Viele geglaubt haben, sondern Whistler (De morbo puerili Anglorum dicto „the Rickets", Lugd. Batav. 1645) und A. Böotius (Lib. de affectionibus amissis. Cap. XII).

Es muss auch nicht Rhachitis geschrieben werden, wie Glisson will, sondern Rhachitis, weil das Wort nicht von Rhachis (Rückgrat), herkömmt, sondern von dem altenglischen Volksausdrucke: „the Rickets". Glisson meint zwar, dieser Volksausdruck sei nur eine Verstümmelung der wissenschaftlichen Bezeichnung Rhachitis, aber es ist dieses nicht anzunehmen, da erstlich schon längere Zeit von einer wissenschaftlichen Darstellung der Krankheit das Volk den Ausdruck: "the Rickets" gebrauchte und kannte, und da zweitens auch nicht der geringste Grund für die wissenschaftlichen Bearbeiter vorhanden gewesen, die Bezeichnung der Krankheit von Rhachis herzunehmen.

Es sind zwei Arten von Rhachitis zu unterscheiden. Die erste Art, akute Rhachitis oder Morbus rhachiticus genannt, in der ersten Hälfte des ersten Lebensjahres entstehend, ist eine allgemeine Krankheit, deren Hauptprodukte Muskelschwund und Knochenweichheit ist. Die andere Art, chronische Rhachitis, eigentlichen Zweiwuchs, Articuli duplicati genannt, vorzugsweise am Ende des ersten und Anfange des zweiten Lebensjahres sich entwickelnd, tritt gleich mit Veränderung der Knochen auf und lokalisirt sich also sehr rasch. Der Herr Verfasser gibt aber nicht an, ob und in wie weit er diese beiden Arten für verwandt hält; nach seiner Darstellung scheint es fast, als ob er darin zwei ganz verschiedene Krankheiten erkennt. Ja, folgen wir seiner Schilderung, so fällt das, was er als akute Rhachitis

beschreibt, mit der später von ihm beschriebenen Osteomalacie zusammen und die Franzosen, namentlich Trousseau und Lasègue hätten doch Recht, Rhachitis (die akute) und Osteomalacie für identisch zu halten und den Unterschied nur darin zu finden, dass der Krankheitsprozess bei der ersteren in die Periode des Wachsthums fällt und dadurch gewisse Erscheinungen oder Verunstaltungen veranlasst, die bei der Osteomalacie nicht vorkommen, aber keinen Unterschied im Wesen der Krankheit bilden. Der Herr Verf. besteht zwar, namentlich in dem späteren Abschnitte über Osteomalacie, auf den wesentlichen Unterschied zwischen dieser Krankheit und der sogenannten akuten Rhachitis, aber uns will bedünken, dass die Unterscheidungsmerkmale, die er hervorhebt, wesentlich auf obiger von Trousseau angegebenen Differenz beruht. Ist der Krankheitsprozess dem Wesen nach bei beiden Uebeln derselbe, so würde der Herr Verf. vielleicht besser gethan haben, den Ausdruck Rhachitis nur für den sogenannten Zweiwuchs oder die Gliederdoppelung beizubehalten, seine akute Rhachitis aber zur Osteomalacie zu werfen und für diesen allgemeinen Krankheitsprozess diesen letzteren Ausdruck allein gelten zu lassen.

Die akute Rhachitis hat nach dem Hrn. Verf. drei Stadien, das der Kakotrophie, das der Muskelatrophie und das des Knochenleidens. Anstatt des letzteren Ausdruckes würde wohl ein speziellerer zu wählen sein, da ein Knochenleiden wohl schon vom Anfange an und Knochenschmerzen jedenfalls schon in dem zweiten Stadium, wie es der Herr Verf. schildert, vorhanden sind. Vielleicht genehmigt er den Ausdruck: Knochenverbildung.

Da, wo der Herr Verf. von der Rekonvaleszenz spricht, gibt er einen Wink, von dem die praktischen Aerzte wohl Notiz zu nehmen haben.

„Die Rekonvaleszenz, in welcher die Muskeln ihre Ernährung und Kräfte wieder erlangen, die Knochen sich konsolidiren, in welcher die Lust zur Bewegung bei den Kindern wieder erwacht, ist die Zeit, in welcher die Gefahr bleibender Verbildung am meisten droht. Da die Flexoren meist früher stark werden als die Extensoren, bekommen die Unterschenkel leicht eine Konvexität nach Aussen. Trägt man die Kinder aufrecht herum oder lässt sie auf Stühlchen hocken (oder zwingt sie unvernünftigerweise gar zum Stehen und Gehen, Ref.), dann senkt sich der Kopf zwischen die Schultern, das Hinterhaupt zurück, das Kinn nach oben und vorn sich richtend. Ueber dem Kreuzbeine entsteht eine Einsenkung der Wirbelsäule, der Rücken krümmt sich

im Bogen nach Aussen oder nach der Seite, dabei tritt zuweilen ein oder der andere Proc. spinosus vor, während die Rippen, welche mit dem entsprechenden Wirbel zusammenhängen, sich an ihrer Einfügung etwas wölben. Der eigentliche charakteristische rhachitische Buckel hat denselben Grund wie die Deformität an den Beinen. Es schwellen gewöhnlich die Epiphysen der Rippen, wo sie mit den Wirbeln zusammenhängen, werden weicher; es entsteht eine seitliche Auftreibung und der Processus springt spitz vor. Oft sind die Kinder nach überstandener Krankheit bei beständiger Rückenlage jeder Verbildung entgangen. Nur die Dimensionsverhältnisse des Skelets verhalten sich anders bei Kindern, welche nicht an Rhachitis gelitten."

Die Dimensionsverhältnisse rhachitisch gewesener Kinder werden später nach Shaw und Sello genauer angegeben.

Das, was der Hr. Verf. Rhachitis zweiter Art oder chronische Rhachitis nennt, manifestirt sich nicht in Knochenerweichung und darauf folgender Knochenverkrümmung, sondern vorzugsweise in Anschwellung der Gelenkenden der Knochen an den Handwurzeln und Fussknöcheln. „Die Kinder, welche sie ergreift, sind oft, ja meist, wohlgenährte, fette Milchkinder, deren Rundung sich die Eltern freuen; Kinder, welche lange gestillt, oder fast nur mit Kuhmilch, Pfeilwurzel oder dergl. genährt wurden. Sie gehören mehr, als die vorigen, den wohlhabenden Ständen an. — Mit der Anschwellung der Diaphysen verbindet sich oft ein Stehenbleiben des Wachsthums der unteren Extremitäten, eine grosse Schwäche beim Gehen, eine Auftreibung des Bauches. Thorax nicht eigentlich verbildet; zwischen dem Gesichts- und Schädeltheile des Kopfes kein Missverhältniss (jedoch pflegt der Kopf bei diesen Kindern gewöhnlich sehr gross zu sein, Ref.).

„Der Harn setzt zeitweise, aber nicht immer, wie bei der akuten Rhachitis, viel phosphorsauren Kalk ab; fieberhafte Bewegungen, Verstimmungen sind in diesem Zeitraume nicht vorhanden; in den meisten Fällen sogar entwickelt sich die Krankheit nicht weiter."

„Aber schon früh, ohne dass Verbildung des Thorax vorhanden ist, neigen solche Kinder zu Pneumonieen."

„Da viele dieser Kinder sehr lebhaft sind, wollen sie mit ihren schwachen Beinchen schon früh laufen, stellen sich an Stühlen und dergl. in die Höhe, und dann tritt bald Krümmung, meist Einknickung des Unterschenkels ein, gewöhnlich in der Nähe der Epiphysen, obgleich der Knochen jetzt nicht biegsam ist. In späterer Zeit werden auch hier die Diaphysen gebogen, allein eine Einknickung da, wo der Markkanal am engsten ist,

wird hier selten beobachtet; auch sind hier die Knochen nicht, wie bei der ersten Art, elastisch, dass sie von selbst an ihre Stellung zurückgehen, sondern sie behalten diese dann längere Zeit und treten nur allmälig, je nachdem die Muskelkraft wirkt, in die vorige Richtung."

„Bei dieser Art der Rhachitis besteht öfter das Guérin'sche Gesetz des Aufschreitens der Krankheit von unten nach oben; Krümmung der Tibia und Fibula, Ausweichung der Kniee, Krümmung des Femur, des Vorder- und Oberarmes, Deformation des Beckens, des Rückens, der Rippen, des Thorax folgen in den meisten Fällen konsequent aufeinander."

„Diese steigende Entwickelung geschieht aber nicht, wie bei der ersten Art, in ununterbrochenem Fortschreiten mit etwaigen Rezidiven, sondern gewöhnlich in Zwischenräumen mit Absätzen in einer oft mehrere Jahre dauernden Reihe; während die Epiphysen des Unterschenkels schon abschwellen, die Knochen sich zu konsolidiren scheinen oder längst wieder fest sind, tritt erst die Krümmung des Oberschenkels ein."

„Dieses Fortschreiten der Krankheit von einer Periode zur anderen kündigt sich nun gewöhnlich durch Mattigkeit, Verdriesslichkeit, fieberhafte Bewegungen, Meidung des Gehens, bedeutendere Niederschläge im Harn und Abmagerung an. Man kann zuweilen bei solchen Kindern die verschiedenen Stufen der Krankheit, Weichheit und Verdichtung, von denen wir bei den anatomisch-pathologischen Ergebnissen weiter sprechen werden, gleichzeitig beobachten."

Was die pathologische Anatomie der Rhachitis betrifft, so gibt der Verf. eine gute und sehr übersichtliche Zusammenstellung der von Kölliker (Mikroskop. Anatomie II), Hermann Meyer (Beiträge zur Lehre von den Knochenkrankheiten, in Henle und Pfeufer's Zeitschr. für rat. Heilkunde. Neue Folge III. 2, S. 143) und Virchow (das normale Knochenwachsthum und die rhachitische Störung desselben, s. Archiv für pathol. Anatomie V. 4, S. 409) gewonnenen Resultate.

„Da nur wenigen praktischen Aerzten ein tieferes Studium des Gegenstandes zugemuthet werden kann, so wollen wir, sagt der Verf., Virchow folgend, welcher Kölliker und Meyer mitbenützt hat, zu besserem Verständnisse die normalen Bildungs-Verhältnisse neben die abnormen stellen.

Sie betreffen zum Theil die Epiphysen (Längenwuchs), zum Theil die Diaphysen (Umfangszunahme).

Die Epiphysen wachsender Knochen bestehen aus vier Schichten, und zwar von der Diaphyse ausgehend:

„1) Aus der spongiösen, gebildet aus Balken regelmässigen Knochengewebes, gefüllt mit dunkelrothem Marke;

2) Aus der spongoiden, gelblichen, wo Kalkablagerung zwi-

schen den grossen Knorpelzellengruppen stattfindet, ein grossmaschiges Kalknetz bildend;

3) Aus der bläulichen Schicht der grosszelligen Knorpelwucherung, und

4) Aus dem gewöhnlichen Knorpel."

„Das Wachsthum des Knochens beruht auf der Zunahme der dritten Schicht; diese wieder auf der endogenen Zellenbildung in der vierten. Die erste Schicht entsteht durch Differenzirung der Knorpelzellen in Knochenkörperchen und Markzellen; erstere durch Verkalkung der Interzellularsubstanz und der Kapseln der Knorpelhöhlen; letztere durch progressive Wucherung der Knorpel- und Knochenzellen bei Absorption der Grundsubstanz."

„Die Entwicklung des Knochens geht bei der Rhachitis ganz in derselben Weise vor sich, wie beim Gesunden; es geschehen dieselben Veränderungen, die Wucherung des Knorpels durch endogene Zellenbildung, das Auftreten der Markräume, die Formirung der Knochenkörperchen, ohne dass jedoch die Ossifikation selbst zu Stande kommt."

„Die Unterschiede in der Entwickelung der Epiphysen normaler und rhachitischer Knochen beziehen sich auf die drei Schichten und zwar zeigt sich

1) Zurückbleiben der Ossifikationslinie bei relativer Vergrösserung der präparatorischen Wucherungslinie des Knorpels. Es bildet sich in der bläulichen Schicht der grosszelligen Knorpelwucherung ein feines körnig-streifiges Netz der Interzellularsubstanz, in welchem dickwandige Knorpelhöhlen liegen, in deren Innern die blassen, mit Kern und Kernkörperchen versehenen Knorpelzellen liegen. Durch die Langsamkeit der Verkalkung erklärt sich die grosse Breite der präparatorischen Knorpelschicht.

2) Vorrücken der Markraumbildung in die Ossifikationslinie oder doch über dieselbe hinaus bei Fortdauer der Knorpelwucherung.

(Aus den Untersuchungen von H. Meyer geht hervor, dass in der proliferen Schicht des Knorpels gelbliche, trübe Stellen entstehen, in denen Faserbildung und Erweichung statt hat, so dass innerliche Höhlen bleiben, die sich von den normalen Markhöhlen nur dadurch unterscheiden, dass sie keine Kalkerde in ihren Wänden absetzen).

3) Bildung faseriger Markräume, osteoide Umbildung der Umgebung derselben, so wie entfernterer Stellen ohne Kalkablagerung. Die Knorpelzellenwand verdickt sich, die Höhle verkleinert sich, es bilden sich die Knochenhöhlchen mit ihren Kanälchen, ohne dass jedoch dazwischen sich Kalksalze ablagern."

„Das Wachsthum der Diaphysen in die Dicke beruht auf folgenden Vorgängen. Durch eine Wucherung der innersten Schichten des Periostes entsteht zwischen demselben und dem Knochen ein junges Gewebe, bestehend aus einer gleichmässigen,

feinkörnigen Grundmasse mit zahllosen durch einander gestreuten Kernen, die in länglichen Zellen eingeschlossen sind. Je näher dem Knochen, desto grösser werden sie, desto deutlicher ihre Höhlen. In dieser Masse entsteht nun deutliche Differenzirung der Substanz, indem vom Knochen dichtere balkenartige Züge senkrecht hervortreten, so dass eine areoläre Anlage entsteht. Dabei verdichtet sich die Grundsubstanz allmälig, wird derb, die kleinen Zellen eckiger, geräumiger, sternförmig — sie bekommen osteoiden Charakter, und wo Kalksalze sich ablagern, entstehen die Balken und Netze des jungen Knochens. Zwischen ihnen bilden sich die ursprünglichen Areolen, in denen Mark befindlich ist. Bei regelmässiger Verknöcherung ossifizirt sich später noch ein Theil dieses primären Markes; es bilden sich neue sklerotische Lagen im Fasergewebe, und so entstehen die konzentrischen Lamellen der Knochenrinde, zwischen denen die Gefässe mit wenig Fasergewebe (Markkanälchen) übrigbleiben. Die feste Knochenrinde liegt während des Wachsthums unter der Oberfläche des Knochens. Während der Knochen nach aussen zunimmt, schmelzen die inneren Schichten und gehen in Mark über."

„Bei der Rhachitis sind nun folgende Differenzen:

1) Grössere Dicke der Periostwucherung bei fortdauernder Differenzirung der Substanz in Areolen und Balkennetze.

2) Mangelhafte Ossifikation der Balkennetze bei Fortbestehen der tieferen Lagen kompakter Ränder. — Die Zacken und Bogen der areolären Knochenlagen sind ohne alle Kalkablagerung, und erscheinen daher als glänzende Züge dichter Grundsubstanz mit zackigen Knochenhöhlen; erst in tieferen Schichten zeigt sich Kalkablagerung und zwar von den inneren Theilen ausgehend. Der rhachitische Knochen hat daher, wie der normale, seine dichteste Lage unter der Oberfläche, nur dass die Ablagerungsschicht dicker ist.

3) Theilweise Knorpelbildung in den Areolen. In der Ablagerungsschicht kommt zuweilen eine knorpliche Masse vor, ganz ähnlich im Bau der wuchernden Knorpelmasse der Epiphysen."

„Was die Veränderung im Inneren des rhachitischen Knochens betrifft, so ist ausser dem hyperämischen Mark nichts zu bemerken, als die an den Krümmungsstellen vorkommende Verengerung und Verschliessung der Markhöhle, die daher rührt, dass während der Entstehung der Krümmung die eine Wand der Markhöhle sich der anderen nähert."

„Die Krümmung selbst beruht auf Infraktionen, so weit sie die Diaphyse betrifft; im Uebrigen trägt Weichheit und Grösse des Knorpels einen grossen Theil davon."

Aus diesen Angaben glaubt nun der Verf. schliessen zu dürfen, dass Rhachitis und Malacie durchaus verschieden sind. Er habe die letztere, sagt er, im kindlichen Alter eben so wenig

beobachtet, als die Guérin'sche Konsumtion. Er gibt aber zu, dass die Osteomalacie bei Kindern ausnahmsweise vorkommen, und dass bei lang bestehender akuter Rhachitis durch veränderte Blutmischung Anämie, ein Erweichungsprozess von der Markhöhle aus sich bilden kann und durch Aufsaugung der erweichten Theile zuletzt jenes Produkt entsteht, welches Guérin rhachitische Konsumtion nennt. „Solche Ausnahmsfälle, fügt er hinzu, geben kein Recht, eine allgemeine Anwendung auf die Natur des Krankheitsprozesses zu machen." Damit sind jedoch die Akten nicht geschlossen; der in Rede stehende Punkt, nämlich die nahe Verwandtschaft oder vielleicht gar die Identität der akuten Rhachitis mit der Osteomalacie, bedarf noch einer weiteren Forschung. Die histologischen Unterschiede beweisen noch nicht eine Verschiedenheit des Krankheitsprozesses; denn, wenn der Krankheitsprozess im Wesen derselbe ist, so muss er sich natürlich in den Knochen, die im Heranwachsen begriffen sind, ganz anders gestalten, als in den schon ausgewachsenen Knochen. Genaue mikroskopische Untersuchungen osteomalacischer Knochen, wie wir sie von rhachitischen besitzen, fehlen uns, und bevor wir diese haben, müssen wir uns den übrigen Erscheinungen zuwenden, die in beiden Krankheiten (akuter Rhachitis und Osteomalacie) sehr viele Analogie darbieten.

Was die chemische Untersuchung rhachitischer Knochen betrifft, so liefert der Verf. aus seiner eigenen Praxis einen schätzenswerthen Beitrag. Die Knochen eines 13 Monate alten, in dem vom Hrn. Verf. dirigirten Kinderspitale an akuter Rhachitis im Stadium der Erweichung gestorbenen Knaben ergaben bei der Untersuchung durch Prof. Böttcher Folgendes: Unorganische Substanz enthielt das Femur 20,89 prCt., die Tibia 24,70 prCt., der Radius 20,00 prCt., die Rippe 25,65 prCt. Bei Kindern beträgt sonst die unorganische Substanz in den Knochen gegen 60 prCt. und darüber.

In ätiologischer Hinsicht schliesst sich der Verf. der Theorie Fourcroy's an, nämlich dass der mit den Nahrungsstoffen eingeführte phosphorsaure Kalk, bevor er sich in die Knochen ablagern, ja bevor er ins Blut gerathen könne, von einer vorhandenen Säure gelöst, sofort in die Harnwege geführt werde. Diese Säure ist die Milchsäure, welche wahrscheinlich aus Milchzucker, Traubenzucker, Gummi und Stärke durch die Magenschleimhaut leicht bereitet wird. Nach Beneke, Ure und Schmidt ist

es die Oxalsäure; der Verf. erinnert auch an die Salzsäure; in allen diesen Säuren ist Kalkphosphat leicht löslich. Zur Erzeugung der überschüssigen Milchsäure oder einer der anderen Säuren im Magen gibt wohl die abnorm erhöhete Reizbarkeit seiner Schleimhaut, oder, mit anderen Worten, einea nomale Wirkung des sie regulirenden Nervensystemes Anlass. Die neueren französischen Autoren, z. B. Trousseau und Lasègue, sind geneigt, den ganzen Vorgang in die Knochen selbst zu setzen, das heisst, eine ganz eigenthümliche entzündliche Thätigkeit in denselben anzunehmen, welche einerseits eine erhöhete Resorption der schon abgelagerten Kalksalze und andererseits eine Hemmung der Deposition neuen Kalkes zur Folge habe. Dieser Ansicht scheint sich H. Meyer anzuschliessen. Bei der chemischen Theorie Fourcoy's und des Hrn. Verf.'s bleiben verschiedene Erscheinungen ganz unerklärbar, namentlich die grossen vagirenden Knochenschmerzen im ersten und zweiten Stadium der akuten Rhachitis, das eigenthümlich kachektische Aussehen der Kinder, das bisweilen so überaus frühe Beginnen der Krankheit bei ganz vorwurfsfreier Ernährung, und endlich der Stillstand der Krankheit, nachdem sie ihre bestimmten Phasen durchgemacht hat, das heisst, Wiederablagerung von Knochenerde nach einer gewissen Zeit, — oft ohne alle Behandlung, ja selbst ohne Veränderung der Diät. Dass derartige allgemeine Knochenaffektionen vorkommen, beweisen die Syphilis und die Arthritis, und es ist dabei nicht gerade an einfache Entzündung oder Hyperämie, die allerdings nur lokal sich ereignet, zu denken, sondern an ein dyskrasisches Element, das vorzugsweise die Knochen beansprucht. Wenn eine abnorme Thätigkeit der Magenschleimhaut und die darauf beruhende Uebererzeugung von Milchsäure oder anderen Säuren im Magen den Ausgangspunkt der Rhachitis sei; woher kommt es, dass nicht immer bei Kindern, die an Säuren leiden, und deren Zahl ist doch sehr gross, Rhachitis entsteht? Angenommen, es gehe der für die Knochen bestimmte Kalk durch die Harnwege ab, so muss er von diesen doch immer aus dem Blute hergeholt werden. Woher kommt es, dass das Blut den Kalk hat fahren lassen und ihn nicht auf die Knochen hat abgesetzt? Es muss also noch ein anderes Element mitwirken, als die blosse Säure im Magen. In Mitte des 17. Jahrhunderts haben sich Rhachitis und Skrophulosis zuerst als häufig vorkommende Krankheiten bemerklich gemacht; im 16. Jahrhundert ist bekanntlich

die Syphilis ein trauriges und sehr verbreitetes Gemeingut der europäischen Menschheit geworden; gegen Anfang des 17. Jahrhunderts, besonders in der Mitte desselben, wurde der Gebrauch des Merkurs gegen die Syphilis gang und gäbe. Sollten nicht Skrophulosis in gewissem Maasse und Rhachitis als die Ueberreste oder vielmehr als die modifizirten Folgen der in den Eltern oder Grosseltern stattgehabten, durch Merkurialkuren oder auf andere Weise bei diesen auch schon modifizirten Syphilis anzunehmen sein? Es ist dieses allerdings nur eine blosse Idee des Ref., aber die Idee hat Manches für sich und verdient wohl, nicht sofort bei Seite geschoben zu werden. Jedenfalls kann Ref. dem Herrn Verfasser nicht beistimmen, wenn er sagt: „Die akute Rhachitis ist fast immer Folge einer unzweckmässigen Behandlung des Kindes in der ersten Lebenszeit." Abgesehen von den Fällen, wo schon beim ungeborenen Kinde innerhalb des Uterus Rhachitis sich deutlich entwickelt hatte, hat Ref. sehr viele Fälle notirt, wo bei der besten, aufmerksamen Pflege der Kinder wohlhabender Eltern durch eine gesunde und vernünftige Amme akute Rhachitis sich intensiv entwickelte und wo nichts aufgefunden werden konnte, als dass die Eltern nicht die gesundesten waren, sondern, namentlich der Vater, bisweilen auch die Mutter, schon Mancherlei im Dienste der Liebesgöttin durchgemacht und abgebüsst hatten oder die selber, von derartigen Eltern abstammend, eine schwächliche und skrophulöse Kindheit gehabt haben.

Wahrlich, die Metamorphose chronischer Krankheiten, namentlich der Dyskrasieen, mittelst des Durchganges durch die Generationen, ist ein Punkt, der noch der Untersuchung bedarf und wohl Gegenstand einer Preisaufgabe zu werden verdient.

Wenn die Rhachitis und die Skrophulosis auch formell als zwei ganz verschiedene Krankheiten erscheinen, so ist dadurch noch nicht die essentielle und originelle Verschiedenheit erwiesen. Kennten wir bei der Syphilis nicht so genau den allmähligen Uebergang von primären Geschwüren zu Ausschlägen oder Affektionen der kutanen und mukösen Gebilde, dann zu Drüsenanschwellungen, dann zu vagirenden, nächtlichen Knochenschmerzen, und dann zu Knochenauftreibungen, Karies, Nekrose u. s. w., so würden wir offenbar daraus ganz verschiedene, gar nicht zusammengehörige Krankheiten machen, wie das auch wirklich zum Theil im 16. und 17. Jahrhundert geschehen ist. Es ist vielleicht ein Paradoxon, das Ref. hier ausspricht, — aber man könnte wirklich

sagen, Rhachitis und Skrophulosis und vielleicht noch manche andere spezifische Krankheiten seien nur abgeartete Abkömmlinge der Syphilis, tragen aber noch deutlich einzelne erkennbare Züge dieser ihrer gemeinsamen Mutter an sich. Ref. will diese Idee hier nicht weiter entwickeln, aber er besitzt einige interessante Facta, die zu ihrer Bestätigung dienen können.

Die Abschnitte über Diagnose, Prognose und Behandlung der Rhachitis übergeht Ref.; sie sind kurz und bündig, aber recht gut dargestellt und verrathen den in Behandlung kranker Kinder sehr erfahrenen Arzt. Behrend.

Handbuch der Kinderkrankheiten. Nebst einer Abhandlung über Diätetik und physische Erziehung, von E. Bouchut.

Nach der zweiten französischen Originalausgabe deutsch bearbeitet und reichlich mit Zusätzen versehen von Dr. B. Bischoff. Mit einem Vorworte von Dr. Rinecker. Mit Abbildungen. Würzburg, Verlag der Stahel'schen Buchhandlung. 1854, gr. 8. 913 Seiten.

Das ausgezeichnete Handbuch von Bouchut über Kinderkrankheiten bedarf keiner Empfehlung; es ist in Deutschland wohlbekannt und reiht sich würdig an die trefflichen Arbeiten von Rilliet und Barthez, Ch. West, Legendre und Churchill. Es ist ein Buch, das in Händen jedes praktischen Arztes sein müsste, namentlich in dieser deutschen Bearbeitung, welche sowohl durch ihre, der alten, würdigen, berühmten Buchhandlung wirklich zur Ehre gereichenden Ausstattung, als besonders durch die reichlichen Zusätze und Umgestaltungen dem Originale bedeutend vorzuziehen ist.

„Was die Erweiterung des Werkes betrifft", sagt Herr Bischoff in dem Vorworte, „so stellte der Bearbeiter sich dabei die Aufgabe, immer wo möglich das Neueste vorzuführen, in der Absicht, dadurch gleichsam eine Uebersicht über den jetzigen Standpunkt der Wissenschaft zu liefern. Wo es nöthig war, vermehrte er den Text, jedoch nicht ohne vorher reiflich überlegt zu haben, ob der Zusatz dem Zwecke des Werkes entspreche. Um diese Beigaben leichter kenntlich zu machen, liess der Bearbeiter sie im Drucke um ein Weniges einrücken."

Eine ziemliche Anzahl ganz neuer Kapitel sind von Herrn Bischoff hinzugefügt worden, und von den vorhandenen hat er

einige ganz umgearbeitet. Die Literaturverzeichnisse hat er auch vermehrt und obwohl er darin, so wie in vielen anderen Punkten noch viel vollständiger hätte sein können, so muss seine Bemühung doch mit grossem Danke aufgenommen werden. — Was das vor uns liegende Werk vor vielen anderen auszeichnet, sind die Aphorismen oder vielmehr die in einzelnen Sätzen hingestellten Summarien zu Ende fast jedes grossen Abschnittes. Diese kurzen Zusammenfassungen wollen wir mittheilen.

I. Zur Diätetik und physischen Erziehung der Kinder in der ersten Lebensepoche.

1) Schon in den ersten Tagen nach der Geburt muss man anfangen, den Menschen an eine vernünftige Lebensordnung zu gewöhnen, um seine Konstitution zu konserviren, wenn sie gut ist, und sie zu verbessern, wenn sie schlecht ist.

2) Sehr frühe soll man ererbte skrophulöse, syphilitische und gichtische Dispositionen zu bekämpfen suchen.

3) Der Mann mit unreinem Blute sollte nie nach dem Glücke streben, Kinder zu besitzen.

4) Eine Frau, die schwanger wird, ist es Gott und der Welt schuldig, auf die Gewohnheiten, Leibesbewegungen und Anstrengungen zu verzichten, welche der Frucht schaden könnten, wenn sie ein gesundes, wohlgebildetes Kind gebären will.

4) Der Aderlass begünstigt den normalen Verlauf der Schwangerschaft, aber er muss durch Erscheinungen allgemeiner oder lokaler Plethora motivirt sein.

6) Das Nichtbefriedigen eines unvernünftigen Wunsches einer Schwangern hat keinen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes.

7) Eine Frau kann und soll ihr Kind selbst stillen, wenn sie sich einer guten Gesundheit erfreuet und bei ihren Verwandten in direkt aufsteigender oder Seitenlinie keine skrophulöse, phthisische oder krebsige Affektionen sich finden.

8) Es gibt Frauen von gesunder Konstitution, die dessenungeachtet nicht stillen können, da ihre Milch nicht reichlich und dazu schlecht verarbeitet ist, und bei dem geringsten peinlichen Eindrucke versiegt.

9) Eine Frau mit sehr thätiger Sekretion der Milchdrüsen vor der Geburt ist fast immer eine gute Nährmutter.

10) Eine Mutter, die selbst stillen will, kann 6 oder 8 Stunden nach der Entbindung damit beginnen.

11) Eine Frau, welche stillt, soll dem Kinde wenigstens alle zwei und höchstens alle Stunden die Brust reichen.

12) Zwischen 11 Uhr Abends und 6 oder 7 Uhr Morgens lässt eine gute Nährerin das Kind nur ein Mal saugen.

13) Es ist gefährlich, zur Amme eine Frauensperson zu nehmen, welche erst einmal geboren, da ihr die nöthige Erfahrung abgeht,

14) Eine gute Amme muss 20 bis 35 Jahre alt sein; brünette, mit röthlichem Zahnfleische, gutgenährt, mit wohlgeformtem, festem und von bläulichen Venen marmorirtem Busen (Brüsten, Ref.).

15) Bei einer guten Amme darf sich keine Spur von neuer oder alter Syphilis oder Skrophulosis finden.

16) Die Milch, in den ersten Monaten nach der Geburt gelblich, später weiss und bläulich, ist eine alkalinische Emulsion aus Wasser und festen Theilen, die darin aufgelöst oder suspendirt sind.

17) Die Butter kommt in der Milch nur suspendirt vor.

18) Die Milch enthält ihre übrigen Bestandtheile in Auflösung.

19) Soll die Milch zuträglich sein, so muss sie in reichem Maasse sezernirt werden.

20) Die Milch muss viele, ziemlich breite und wohlgeformte Kügelchen enthalten; kleine Kügelchen, die wie Staubkörnerchen aussehen, sind ein Zeichen schlechter Verarbeitung und ihrer Unzulänglichkeit zur Ernährung.

21) Zu viele oder zu wenig Kügelchen ist eine eben so nachtheilige Beschaffenheit.

22) Die Beschaffenheit der Milch ist abhängig von Idiosynkrasieen, Temperament, Konstitution, der Zeit, welche seit der Entbindung verflossen ist, dem Momente der zuletzt gewährten Säugung, der Lebensordnung der Säugenden, der Thätigkeit der Geschlechtsorgane u. s. w.; aber die Differenzen sind zu unbedeutend, um Vorschriften darauf zu bauen. Wenn das Kind zunimmt, so ist die Milch gut.

23) Die Milch ändert sich in ihrer Zusammensetzung bei fieberhaften Zuständen und bei akuten oder chronischen Krankheiten.

24) Das Fieber vermindert die Quantität der Milch, und in Folge geringeren Wassergehaltes konzentriren sich die festen Theile derselben.

25) Mehr oder weniger finden wir dieselben Erscheinungen bei allen akuten und bei einer sehr grossen Zahl chronischer Krankheiten.

26) Beim Abszesse der Milchdrüse ist die Milch zuweilen mit Eiter gemischt.

27) Der Einfluss der Krankheiten auf die Komposition der Milch ist kein spezieller und spezifischer, denn die Wirkung ist bei allen dieselbe, mag Krankheit oder Fieber sie hervorgerufen haben.

28) Zu weiche und mit zu vielen festen Bestandtheilen versehene Milch einer gesunden Säugenden ist unverdaulich und bewirkt Diarrhoe.

29) Die durch Fieber oder Krankheit veränderte, reduzirte oder konzentrirte Milch ruft ebenfalls Diarrhoe hervor.

30) Die durch Fieber oder Krankheit veränderte Milch hat

nicht immer einen nachtheiligen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes.

31) Welches auch immer die Ursache der Milchveränderung sein mag, das Resultat ist für alle Kinder dasselbe; werden Zufälle dadurch hervorgerufen, so haben sie ihren Sitz immer in den Digestionsorganen und erscheinen als Diarrhoe.

32) Die Milch, welche bei sorgfältiger chemischer Analyse keine Veränderung in ihrer Zusammensetzung zeigt, kann dessenungeachtet bei ihrer Verarbeitung in der Drüse auf eine nicht nachweisbare Art alterirt sein, so dass sie ein schädliches Nahrungsmittel bildet.

33) Psychische Affektionen, heftige Gemüthsbewegungen und angenehme oder peinliche Eindrücke bringen bei einer Säugenden gewöhnlich eine Störung in der Milchsekretion hervor und veranlassen dadurch beim Säuglinge Krämpfe und Konvulsionen.

34) Psychische Affektionen heben entweder die Milchsekretion plötzlich auf oder modifiziren ganz bedeutend das Verhältniss ihrer festen Theile.

35) Die Liebe, mit der eine Frau ihre Mutterpflichten erfüllt, ist die Ursache einer inneren freudigen Bewegung, welche das Steigen der Milch in dem Augenblicke hervorruft, wo sie dem Kinde die Brust reichen will.

36) Die vorzeitige Rückkehr der Menstruation bei einer Säugenden modifizirt einigermaassen die chemische Zusammensetzung der Milch und schadet ihrer Verarbeitung; allein wenn das Kind, wie das meistens der Fall zu sein pflegt, nicht darunter leidet, so wechselt man die Amme nicht.

37) Die Säugende muss sich der Freuden der Liebe enthalten, wenn sie zu sehr davon angegriffen wird.

38) Die Säugende muss auf den Geschlechtsgenuss verzichten und zwar aus Besorgniss vor neuer Befruchtung, welche die Milch an Quantität und Qualität derartig verändern kann, dass sie dem Säuglinge schädlich wird.

39) Der Wechsel der Amme hat durchaus nichts Nachtheiliges, wenn man eine schlechte durch eine bessere ersetzen kann.

40) Man muss die Amme so oft wechseln, als es nöthig ist.

41) Man kann die Ernährung des Säuglinges durch Mutter oder Amme durch eine künstliche ersetzen.

42) Die Ernährung vermittelst der Saugflasche gelingt weit weniger, als die mittelst der Brust.

43) Die Ernährung durch die Saugflasche bietet, vernünftig geleitet, zuweilen sehr schöne Resultate.

44) Die künstliche Säugung geschieht in der ersten Zeit vermittelst der Saugflasche, welche man mit lauwarmer Kuhmilch füllt, die aber vorher mit Gersten- oder Haferwasser oder ein wenig Suppe von einem jungen Huhne abgekocht sein muss; später füllt man sie mit Kuhmilch allein ohne irgend einen Zusatz.

45) Ausser der Milch hat das Kind in den ersten Monaten nach der Geburt keine Nahrung nöthig.

46) Mit 6 Monaten soll man anfangen, dem Kinde dünne Suppen zu geben.

47) Fleischspeisen sind dem Kinde vor dem Ende des ersten Jahres nicht zuträglich.

48) Zuweilen wird es nöthig, das Kind vor der gewöhnlichen Zeit zu entwöhnen.

49) Die Zeit des Entwöhnens muss in die Periode, die zwischen dem 12. und 20. Monate liegt, verlegt werden.

50) Wenn man das Kind entwöhnen will, so wähle man eine Epoche, in welcher bei ihm keine Zähne durchbrechen und benütze vorzüglich die Zeit nach dem Hervortreten der 12 ersten Zähne, oder warte, bis auch der 16. durchgebrochen ist.

51) Man beginne das Entwöhnen damit, dass man aufhört, dem Kinde Nachts die Brust zu reichen.

52) Nachdem man mehrere Wochen hindurch das Kind Nachts nicht mehr gestillt hat, höre man plötzlich auch am Tage damit auf und führe es so in das unabhängige Leben herüber.

53) Der Schlaf ist den Kindern so nöthig, dass man sie daran gewöhnen muss, auch am Tage mehrere Stunden zu ruhen.

54) Ein Spaziergang in freier Luft und Bewegung im Sonnenscheine sind den jüngsten wie den ältesten Kindern zu jeder Jahreszeit gleich nothwendig.

55) Ein nicht zu fest gezogenes Wickelzeug, das hinlänglich vor Kälte schützt und die organischen Bewegungen nicht hindert, ist die zweckmässigste Bekleidung in den ersten Tagen nach der Geburt.

56) Passende Kleidung, d. h. solche, welche keinen Druck ausübt und nicht beengt, ist jeder Zeit einer weiten vorzuziehen, da diese manchmal verschiedene Theile des Körpers unbedeckt lässt.

57) Die jungen Kinder müssen täglich mit lauwarmem Wasser gewaschen werden; hat man sie daran gewöhnt, so kann man auch fast kaltes dazu nehmen.

58) Der Kopf muss mit der grössten Sorgfalt gewaschen und nach und nach von dem ihn bedeckenden Schmutze gereinigt werden."

II. Zur allgemeinen Pathologie des Kindesalters.

59) Die Krankheiten der Neugeborenen und Erwachsenen besitzen mit einander nur eine annähernde Aehnlichkeit durch die auf Sitz und Bezeichnung gegründete Analogie, sind aber durch Form, Evolution, Reaktion und Ausgang sehr verschieden.

60) Das Alter ist das Maass für die durch das Fruchtleben gesetzte Kraftanlage, die die Kraftentwickelung und den künftigen Zustand der Kraft, so wie die Zahl auf dem Zifferblatte Sonnenaufgang, Sonnenhöhe und Sonnenuntergang bezeichnet.

61) Ehe der Neugeborene in ein unabhängiges Leben eintritt, setzt sich an ihm die Schöpfung, deren erste Hälfte innerhalb des Mutterschoosses vor sich ging, ausserhalb desselben fort.

62) Die Neugeborenen haben den äusseren Einflüssen gegenüber nicht Widerstandsfähigkeit genug; der vierte Theil derselben geht vor Ende des ersten Lebensjahres zu Grunde.

63) Der Neugeborene bringt als Anlage Krankheiten mit auf die Welt, die erst nach Verlauf von Wochen, Monaten, selbst von Jahren ausbrechen. Es sind dies die erblichen Krankheiten.

64) Die Neugeborenen und Säuglinge besitzen speziell günstige oder nothwendige Anlagen für die Entwickelung einiger Krankheiten, besonders für die Ophthalmieen, den Krup, die Epilepsie, die Diarrhoe, die exanthematischen Fieber u. s. w.

65) Die Krankheiten sind nichts Anderes als umgeformte Eindrücke (? ?).

66) Die materiellen Störungen sind im ersten Abschnitte des Kindesalters weniger reinentzündlich, als im zweiten, und die Vereiterung der Gewebe ist dort weniger gewöhnlich, aber auch weniger gutartig.

67) Die subakuten und die chronischen Krankheitsformen sind beim Kinde häufiger als beim Erwachsenen.

68) In dem frühen Kindesalter steht die Heftigkeit der Symptome mit den materiellen Störungen in keinem Verhältnisse.

69) Das heftigste Fieber, von Unruhe, Schreien und spasmodischen Bewegungen begleitet, kann in 24 Stunden verschwinden, ohne eine Spur zu hinterlassen.

70) Die Kinderkrankheiten äussern sich gewöhnlich durch eine Gesammtheit von Charakteren, die deutlich genug sind, um von jedem Arzte erkannt zu werden.

71) In dem frühen Kindesalter zeigt die gelbe Färbung der Haut, der Sklerotika und der unteren Zungenfläche immer eine Leberkrankheit an.

72) Die rothe, plötzlich eintretende, flüchtige, intermittirende, vom Fieber begleitete Färbung des Gesichtes deutet auf ein akutes Gehirnleiden.

73) Die fieberhafte (? — soll wohl heissen: fieberlose, Ref.) Kyanose zeigt eine Herzkrankheit oder das Offensein des Foramen ovale an.

74) Vom Fieber begleitete Kyanose ist ein Zeichen der Asphyxie im Krup.

75) Schnelle Entfärbung des Gesichtes und der Lippen, Hohlwerden der Augen deuten auf eine Darmaffektion.

76) Veränderung der Züge durch fortschreitende Paralyse der Augenlider, der Nase und der Gesichtsmuskeln mit oder ohne Strabismus spricht für ein Leiden des Gehirnes oder des Nervus facialis allein.

77) Entstellung der Züge, durch aussergewöhnliches Miss-

verhältniss zwischen Gesicht und Schädel bedingt, ist ein Zeichen des chronischen Hydrokephalus.

78) Ein Kind, welches fiebert und mit den Athmungsbewegungen heftig die Nasenflügel aufblähet und die Bauchmuskeln anstrengt, leidet an akuter Pneumonie.

79) Ein alt aussehendes Gesicht bei einem jungen Kinde verrathet Lungentuberkulose oder chronische Enteritis.

80) Folgt Schielen auf Fieber und Konvulsionen, so ist es ein Zeichen von akuter Meningo-Enkephalitis.

81) Primitiver Strabismus bei einem gesunden Kinde ist eine einfache Muskelparalyse.

82) Röthung und Thränen der Augen mit Fieber künden den Ausbruch der Masern an.

83) Ein Kind, das vor einem eingebildeten Gegenstande erschrickt oder davon angezogen wird, — das ihn fliehen oder ihn greifen will, ist von einer Gehirnkrankheit bedroht.

84) Ein junges Kind, welches unaufhörlich die Hände in den Mund steckt, zahnt schwer.

85) Ein Kind von zwei Jahren, das sich nicht aufrecht erhalten kann, und dessen obere Fontanelle offen steht, leidet an Rhachitis.

86) Ein Kind, das sehr schnell seine Körperfülle eingebüsst hat und dessen Fleisch weich und schlaff ist, hat an Diarrhoe gelitten oder leidet noch daran.

87) Schwaches Schreien bei einem Neugeborenen deutet auf geringe Lebenskräfte und nahen Tod.

88) Gellendes, starkes und aussetzendes Schreien ist gewöhnlich ein Zeichen von Hydrokephalus.

89) Dumpfes heiseres Schreien zeigt die letzte Periode des Krups an.

90) Beobachtet man an einem Kinde von einem bis zwei Jahren einen sehr grossen und unverhältnissmässigen Unterleib, so kann man auf Rhachitis oder chronische Enteritis schliessen.

91) Ist die Athmung vorwiegend exspiratorisch, seufzend, stossweise, während das Kind sonst ruhig ist, so kann man eine akute Pneumonie annehmen.

92) Wird die Respiration bei jeder Anstrengung durch eine Art Konvulsion plötzlich unterbrochen, so ist dies ein Zeichen von akuter Pleuritis.

93) Kurze, unvollständige, schmerzhafte Respiration, bei welcher nach 8 bis 10 Inspirationen eine auffallend lang dauernde eintritt, zeigt eine akute Peritonitis an.

94) Kurze, unvollständige und aussetzende Athemzüge bezeichnen eine einfache oder granulöse Meningo-Enkephalitis.

95) Die tiefe seitliche Zusammenschnürung der Basis des Thorax bei jeder Athmungsbewegung mit gleichzeitigem Fieber deutet auf akute Pneumonie.

96) Die andauernde seitliche Abflachung des Brustkastens ist ein Zeichen der Rhachitis.

97) In keinem Lebensabschnitte wirken Einflüsse beschleunigender auf die Pulsation des Herzens, als in der Kindheit.

98) Psychische Einflüsse beschleunigen eben so sehr, wie das Fieber, die Herzbewegungen.

99) Hat Fieber die Beschleunigung der Herzbewegungen veranlasst, so ist immer die Eigenwärme des Körpers vermehrt, und dadurch unterscheidet sie sich von der durch psychische Einwirkung hervorgerufenen Beschleunigung der Herzthätigkeit.

100) Das Fieber manifestirt sich durch die Beschleunigung des Pulses und die Erhöhung der Eigenwärme des Körpers.

101) Das Fieber zeigt oder lässt, wenn es vorbei ist, immer auf der Zunge der Kinder eine rothe Punktirung zurück, welche durch die Erektion der Papillen entsteht und als die letzte Spur(?) dieser organischen Bewegung zurückbleibt.

102) Ist ein Kind traurig, niedergeschlagen, verdriesslich, — weint es leicht, sucht es einen Ort, um auszuruhen und zu schlafen, beisst es sich in die Lippen, bettet es sorgfältig den Kopf ein, wirft es seine Glieder umher, und werden diese selbst zuweilen von einem Schütteln ergriffen, so hat das Kind Fieber.

103) Fieberschauer kommen äusserst selten bei Säuglingen vor.

104) Erbleichen und allgemeines Erkalten der Haut treten an die Stelle des Schüttelfrostes bei Kindern im frühesten Alter.

105) Reichlicher Schweiss kommt bei jungen Kindern nicht vor; an seiner Statt erscheint höchstens eine gewisse Feuchtigkeit der Haut.

106) Das Fieber remittirt immer beträchtlich in den akuten Krankheiten junger Kinder.

107) In den chronischen Krankheiten des frühesten Alters ist das Fieber fast immer intermittirend.

108) Ein starkes Fieber wirkt auf die Urinsekretion, vermindert die Menge des Urines, konzentrirt seine Bestandtheile in einer kleinen Wassermenge und macht ihn reizend für die Exkretionswege.

109) In Folge eines starken Fiebers versiegt die Thränensekretion.

110) Die Eigenwärme des Körpers in der Achselhöhle gemessen, wird in akuten fieberhaften Krankheiten um 1 bis 3 Grad höher, und zwar unter dem ausschliesslichen Einflusse des Fiebers und nicht jeder Krankheit insbesondere, gerade so, wie man es bei Erwachsenen beobachtet.

111) Die Wärmeerzeugung steht mit der Stärke der Konstitution der Neugeborenen im Verhältnisse.

112) Die Wärmeerzeugung, die durch Nahrungsmittel und Umhüllungen unterhalten war, verliert sich bei schwachen, dürftigen Neugeborenen so leicht, dass Erfrierungstod die Folge sein kann.

113) Die Wärmeerzeugung ist bei Sklerem oder der Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen immer beträchtlich vermindert.

III. Spezielle Pathologie und Therapie.

Phreno-Glottismus, Spasmus glottidis.

114) Kurze, heftige und fieberlose Anfälle von Suffokation und Asphyxie, die mit einem kurzen, sehr scharfen, schluchzenden Schrei endigen, kündigen den Eintritt der phreno-glottischen Konvulsionen an.

115) Der Phreno-Glottismus hört sehr häufig auf unter dem Einflusse einer interkurrirenden akuten Erkrankung.

116) Der Phreno-Glottismus wird geheilt durch den Wechsel des Aufenthaltsortes, und namentlich dadurch, dass man die Kinder auf's Land bringt.

117) Der Phreno-Glottismus, dem allgemeine Krämpfe folgen, ist eine tödtliche Krankheit.

Idiopathische oder essentielle Muskelparalysen.

118) Die Paralyse eines oder mehrerer Muskeln des Rumpfes oder der Extremitäten, die mit Schmerzen eintritt, hat immer in einer Lokalaffektion des Muskelsystemes ihre Quelle.

119) Die Paralyse eines oder mehrerer Muskeln, welche auf Eklampsie folgt, hat ihren Sitz in den Muskeln selbst.

120) Die partielle oder allgemeine Paralyse, welche auf fieberhafte Konvulsionen folgt, ist auf eine Verletzung der Nervenzentren und Nervenstränge zurückzuführen.

121) Die Paralyse bringt bei Kindern Atrophie der Muskeln und Verkürzung der Extremitäten hervor.

Konvulsionen und Eklampsie bei Säuglingen.

122) In der ersten Periode der Kindheit ersetzen Halluzinationen und Eklampsie die Delirien.

123) Bei kleinen Kindern sprechen sich die Halluzinationen durch Zeichen von Furcht aus und durch Bewegungen, als suchten sie einen eingebildeten Gegenstand zu verscheuchen oder zu erhaschen.

124) Die Eklampsie resultirt aus einer direkten oder sympathischen, primitiven oder konsekutiven Störung der Nerventhätigkeit.

125) Die Eklampsie entsteht ohne wahrnehmbare materielle Veränderungen im Nervensysteme.

126) Die Eklampsie ist gewöhnlich erblich.

127) Ein erster Anfall der Eklampsie disponirt zu einem zweiten.

128) Plötzlich und mit einem Male eingetretene Konvulsionen, auf die kein Fieber folgt, sind ohne Gefahr.

129) Die Eklampsie, welche in der ersten Periode der Kindheit vorhanden ist, und sich bis zum Ende der zweiten hinüberzieht, hat sich in Epilepsie verwandelt.

130) Die Eklampsie verursacht partielle Lähmungen und diese wieder Deformitäten.

131) Plötzlich eintretende, heftige Konvulsionen, auf welche Fieber folgt, sind stets ein Zeichen, dass ein akutes Exanthem oder eine Entzündung edler innerer Organe im Anzuge ist; sie kündigen grosse Gefahr an.

132) Die Konvulsionen im Beginne der Variola lassen einen günstigen Ausgang dieser Krankheit erwarten.

133) Die Konvulsionen, welche am Schlusse einer akuten oder chronischen Affektion der inneren Organe auftreten, zeigen fast immer an, dass eine Erkrankung des Gehirnes oder der Meningen hinzugetreten ist.

134) Konvulsionen, welche inmitten einer akuten Krankheit auftreten, sind sehr bedenklich.

135) Konvulsionen, als Komplikation der Pneumonie, haben eine letale Prognose.

136) Frische Luft, kühle Temperatur und Besprengen des Gesichtes mit kaltem Wasser reichen aus, wenn Eklampsie gerade ausbrechen will; hat sie aber begonnen, so lässt sie sich dadurch nicht aufhalten.

137) Diejenigen, welche behaupten, sie könnten durch Medikamente einen eklamptischen Anfall zum Weichen bringen, gleichen Kindern, die eine Sanduhr schütteln, um den unabänderlich regelmässigen Fall des Sandes zu beschleunigen.

138) Man muss zuerst die Ursache der Eklampsie kennen, ehe man im Stande ist, einem nächsten Anfalle zuvorzukommen.

Meningitis granulosa.

139) Die Meningitis granulosa kommt speziell dem kindlichen Alter zu.

140) Die M. granulosa entwickelt sich stets bei skrophulösen und tuberkulösen Kindern, oder bei solchen, deren Eltern selbst an Tuberkeln oder Skropheln leiden.

141) Die M. granulosa kündigt sich lange vorher durch intermittirende Erscheinungen an. Appetitlosigkeit, zeitweise Geneigtheit zur Traurigkeit oder zum Zorne, Abgeschlagenheit, Angst und Halluzinationen bei Nacht.

142) Erbrechen, Stuhlverstopfung und lebhaftes Fieber, verbunden mit kurzer, unvollständiger und keuchender Respiration kündigen eine Meningitis an.

143) Plötzliche Röthe des Gesichtes und darauffolgende Entfärbung, abwechselnd mit kurzen und freien Intervallen während des Fiebers, verkündet, dass Konvulsionen nicht mehr ferne sind.

144) Ausserordentliche Empfindlichkeit der Augen gegen das Licht, bei beständig geschlossenen Lidern, ohne Ophthalmie, sind bei einem Kinde, das Fieber hat, Zeichen einer Meningitis.

145) Die Meningitis granulosa, in der das Kind oft einen

scharfen Schrei ausstösst oder Konvulsionen sich zeigen, endigt beinahe immer mit dem Tode.

Krankheiten der Nase.

146) Das Pfeifen durch die Nase ist ein Zeichen bedeutender akuter oder chronischer Coryza.

147) Die Coryza der Neugeborenen, welche Obstruktion der Nasenhöhle bewirkt, ist oft tödtlich wegen des Hindernisses, welches dadurch für das Saugen entsteht.

148) Die Coryza syphilitica ist die gefürchtetste Form; sie heilt dagegen leichter als die anderen.

Krup, Angina membranosa.

149) Krup ist vorhanden, sobald krupöse Pseudomembranen sich auf der Larynxschleimhaut gebildet haben.

150) Ein gedämpfter, heiserer, bellender Husten, mit darauffolgendem, metallischklingendem Pfeifen, und in Begleitung von Fieber und einer kurzen, keuchenden Respiration deutet auf die Gegenwart von Krup.

151) Im Krup verkünden erstickter Husten und Stimme neben einer Respiration, die ein lautes, kratzendes, sägendes Geräusch macht, asphyktische Anfälle und den Tod.

152) Ist es beim Krup zum Stadium der Suffokationsanfälle gekommen, so endet er tödtlich.

153) Es gibt Fälle von Krup, die leicht in Genesung ausgehen, und ebenfalls auch solche, die operative Hilfe erfordern.

154) Bei der Behandlung des Krup sind wiederholte Brechmittel, abwechselnd mit Kalomeldosen, von grossem Nutzen.

155) Ist es beim Krup zum Stadium der Suffokationsanfälle gekommen, wo der Tod nicht mehr ferne zu sein scheint, so muss man unverzüglich die Tracheotomie machen.

Pseudo-Krup.

156) Ein plötzlicher Suffokationsanfall, der bei Nacht kommt, von einem trockenen, rauhen, pfeifenden und sonoren Husten begleitet, ist ein Zeichen von Pseudokrup.

157) Der Pseudokrup, wiewohl bei seinem Auftreten sehr heftig, lässt nach einigen Stunden nach, während der ächte Krup ohne Untersuchung anhält und Tag für Tag an Intensität zunimmt.

158) Zwei bis drei Suffokationsanfälle, die immer weniger heftig werden, eine Zeit von etwa 24 Stunden zwischen sich lassen, charakterisiren den Pseudokrup.

159) Der Pseudokrup heilt sehr leicht auf ein Brechmittel.

Krankheiten der Bronchien und der Lungen.

160) Ein mässiges Fieber, verbunden mit einem gewöhnlichen Husten, zeigt eine akute, nicht gefährliche Bronchitis an.

161) Ein akutes Fieber mit Husten und keuchender Respiration zeigt eine sehr gefährliche, akute Bronchitis mit Neigung zur Umbildung in lobuläre Pneumonie an.

162) Chronischer Husten deutet bei Kindern auf granulöse oder tuberkulöse Phthisis.

163) Sibilirende und schnarchende Geräusche, die den Husten des Neugeborenen begleiten, lassen nichts Ernsthaftes fürchten.

164) Schleimrasseln hat bei kleinen Kindern im Allgemeinen nichts zu sagen.

165) Das fast knisternde Rasseln der Neugeborenen und Säuglinge bekundet immer einen allgemeinen sehr beunruhigenden Zustand.

166) Das Schleimrasseln und fast knisternde Rasseln ist bei kleinen Kindern die beste Indikation zur Anwendung der Brechmittel.

Pneumonie.

167) Die primäre Pneumonie kommt selten bei Säuglingen vor.

168) Die Pneumonie folgt gewöhnlich auf eine einfache oder interkurrirende Bronchitis, die in Fiebern oder akuten fieberhaften Krankheiten auftritt.

169) Die primitive Pneumonie ist gewöhnlich lobär.

170) Die konsekutive Pneumonie ist immer lobulär.

171) Die lobuläre Pneumonie ist bald diskret, bald konfluirend.

172) Die Pneumonie der Säuglinge ist beinahe immer doppelseitig.

173) Die lobäre und lobuläre Pneumonie zeigt sich unter zwei, ein wenig bezüglich der anatomischen Veränderungen von einander verschiedenen Formen, nämlich als intravesikuläre und extravesikuläre Pneumonie.

174) Die intravesikuläre, gewöhnlich primitive Pneumonie ruft Kongestion und Verdickung in den Wandungen der Lungenzellen nebst einem plastischen Exsudate hervor, das den Charakter der rothen und grauen Hepatisation ausmacht.

175) Die extravesikuläre Pneumonie ist immer konsekutiv, und erzeugt nur Kongestion und Verdickung der Wandungen der Lungenvesikel, ohne dass eine plastisch-fibrinöse Sekretion im Inneren derselben zu Stande komme.

176) Die chronische Pneumonie öfter bei Säuglingen, als bei Männern, ist immer lobär.

177) Die Pneumonie erzeugt oft im Inneren der Lungenzellen die Bildung fibro-plastischer Miliargranulationen bei lymphatischen und skrophulösen, oder wenigstens von skrophulösen Eltern herstammenden Kindern.

178) Die Entwickelung der lobulären Pneumonie wird durch das Anhäufen von Kindern in einem Krankensaale begünstigt.

179) Der gewöhnliche und frequente Husten, von Fieber und etwas keuchendem Athem begleitet, lässt den Ausbruch einer Pneumonie befürchten.

180) Die exspiratorische, seufzende und unterbrochene Respiration zeigt mit der grössten Bestimmtheit auf die Existenz einer lobären oder konfluirenden lobulären Pneumonie hin.

181) Die keuchende Respiration, verbunden mit einer kontinuirlichen Bewegung der Nasenflügel, ist ein Zeichen von Pneumonie.

182) Die Dämpfung des Tones tritt im Allgemeinen bei der Pneumonie der Säuglinge weniger deutlich hervor.

183) Wenn ausschliesslich nur auf einer Brusthälfte der gedämpfte Perkussionston bei einem vom heftigen Katarrh befallenen Kinde hervortritt, muss man eine Pneumonie befürchten.

184) Die ausschliessliche Dämpfung einer Brustseite lässt aber bei einem kleinen Kinde mehr auf Pleuritis als auf Pneumonie schliessen.

185) Das fast knisternde Rasseln, von Husten, Fieber und keuchender Respiration begleitet, bestätigt die Diagnose einer konfluirenden lobulären Pneumonie.

186) Die hauchende Respiration, die bei einem Säuglinge selten zu treffen ist, gehört immer der lobären Pneumonie und bisweilen auch der konfluirenden lobulären Pneumonie an.

187) Die Bronchophonie d. h. das Widerhallen des Schreies zeigt auf Pneumonie im stärksten Grade.

188) Verstärkte Vibration der Thoraxwandungen im Augenblicke des Schreiens zeigt eine Pneumonie an, während man bei Abwesenheit derselben dagegen eine Pleuritis mit beträchtlichem Ergusse vermuthen kann.

189) Ein lebhafteres oder gemässigteres, anfangs kontinuirliches Fieber bietet zahlreiche Exazerbationen im Laufe der Pneumonie dar.

190) Die primitiven Pneumonieen haben einen weniger ernsten Charakter als die konsekutiven.

191) Die konsekutiven Pneumonieen nach einfachem Lungenkatarrh gehen oft in Genesung aus.

192) Die nach Masern, Scharlach und Variola auftretenden Pneumonieen sind sehr schwere Erkrankungen.

193) Die Pneumonie der Säuglinge ist überhaupt eine schwere Krankheit, bezüglich ihrer Komplikationen, die ihrer Entwickelung vorangehen oder letztere auch zur Folge haben können.

194) Die Pneumonie der Säuglinge zeigt eine grosse Tendenz, chronisch zu werden.

195) Die auf die Entwickelung miliarer, fibro-plastischer oder tuberkulöser Granulationen auftretenden Pneumonieen sind gewöhnlich tödtlich.

196) Die vorwaltend exspiratorische Respiration, die einen seufzenden und unterbrochenen Charakter an sich trägt, und

von Bewegungen der Nasenflügel begleitet wird, zeigt an, dass das Kind in grosser Lebensgefahr schwebt.

197) Das Anschwellen und Oedem der Hände und Füsse lassen im Laufe der Pneumonie einen nahen Tod befürchten (Trousseau).

198) Die Rückkehr der Thränensekretion, die während der Pneumonie aufgehoben war, ist ein ausgezeichnetes prognostisches Zeichen für einen günstigen Ausgang (Trousseau).

199) Ein oder zwei, in kurzen Intervallen angesetzte Blutegel, mehrere Vesikatore auf die Brust, und einige Dosen der Ipecacuanha reichen für die Behandlung der einfachen, akuten Pneumonie aus.

Pleuritis.

200) Die akute Pleuritis mit Erguss von seröser Flüssigkeit ist bei Neugeborenen und Säuglingen sehr selten.

201) Der absolut gedämpfte Perkussionston auf einer Seite des Thorax lässt bei einem kleinen Kinde mehr auf eine Pleuritis als auf eine Pneumonie schliessen.

202) Die Dämpfung des Perkussionstones und das Fehlen der Vibrationen des Thorax beim Schreien kündigt einen pleuritischen Erguss an.

203) Der pleuritische Erguss ist bei kleinen Kindern ein sehr erregter Zufall.

204) Die Pleuritis kleiner Kinder, die vom akuten Zustande in den chronischen übergeht, ist tödtlich.

205) Ein beträchtlicher pleuritischer Erguss bei einem kleinen Kinde erfordert die Thoracentese vermittelst einer Lanzette.

Keuchhusten.

206) Der Keuchhusten ist eine besondere und spezifische Krankheit, deren Ursache unzweifelhaft in der Einwirkung eines spezifischen oder nicht nachweisbaren Agens zu suchen ist, und dessen Wirkung auf den Organismus die meisten pathologischen Anatomen in Verlegenheit setzt.

207) Hustenanfälle, deren aufeinanderfolgende Stösse durch eine lange, helle und geräuschvolle „reprise" unterbrochen worden, charakterisiren den Keuchhusten.

208) Der Keuchhusten ist eine evident kontagiöse Krankheit.

209) Der Keuchhusten ist oft epidemisch.

210) Der Keuchhusten, der an einem Orte auftritt, nimmt ab und verschwindet endlich ganz, einzig und allein in Folge des Ortswechsels und der Modifikationen, welche die Veränderung der Luft und des Ortes in der Blutbereitung bedingt.

211) Der Keuchhusten zeigt sich bisweilen bei Säuglingen und Erwachsenen, befällt aber vorzugsweise das zweite Kindesalter.

212) Der Keuchhusten ist eine Neurose, von einer Bron-

chitis ausgehend, er beginnt mit Katarrh und endigt mit ganz besonderen spasmodischen Erscheinungen.

213) Der Keuchhusten ist unter gewissen Verhältnissen gefährlich, je wie es der genius epidemicus des Ortes und der Jahreszeit mit sich bringt.

214) Merkwürdige Erscheinung! Die Gefahr des Keuchhustens scheint nur in seinen mittelbaren Konsequenzen zu liegen, so in dem Erbrechen, welches auf die Hustenanfälle folgt und Entkräftung herbeiführt, ferner in den fibro-plastischen Ablagerungen in die Lungen, welche früher oder später den Keim zu granulöser Pneumonie u. s. w. legen.

215) Der Keuchhusten ist die einzige Krankheit des frühesten Kindesalters, in welcher der Husten von einer wirklichen Expektoration begleitet ist.

216) Eine interkurrirende, akute Krankheit vermindert die Heftigkeit des Keuchhustens und lässt ihn, sei es für einige Zeit oder für immer, verschwinden (Trousseau).

Hasenscharte.

217) Die Hasenscharte, einfach oder komplizirt mit Gaumentheilung, einmalig oder doppelt, muss in den ersten Tagen nach der Geburt operirt werden.

218) Eine Hasenscharte, die sehr bald nach der Geburt operirt worden ist, heilt immer mit einer geringeren Gesichtsentstellung, als wenn die Operation später gemacht wird.

Dentition und Dentitionsbeschwerden.

219) Die ersten Zähne sollen im Unterkiefer und zwar zwischen dem 6. und 7. Monate sich zeigen.

220) Bei rhachitischen Kindern zeigen sich die ersten Zähne auffallend schön und sehr langsam.

221) Die mittleren unteren Schneidezähne, dann die mittleren oberen, und weiter die oberen seitlichen und nach ihnen die unteren seitlichen treten nacheinander und gruppenweise aus den betreffenden Alveolen.

222) Nach den Schneidezähnen beginnt die Evolution der ersten kleinen Backenzähne.

223) Die Hundszähne erscheinen immer nach den ersten kleinen Backenzähnen.

224) Nach dem Hervortreten der Hundszähne beginnt das Zahngeschäft, welches die Evolution der 4 neuen Backenzähne vorbereitet, mit welchem das Gebiss des ersten Kindesalters seine Vollendung erhält.

225) Ein kurzer Moment des Stillstandes, eine wahre Zeit der Ruhe, existirt immer zwischen dem Durchbruche der einzelnen Zahngruppen des Kindes im ersten Alter.

226) Die Zahl der Zähne des ersten Kindesalters beläuft

sich auf 20; sie heissen Wechselzähne, weil sie schon zwischen dem 7. und 8. Jahre wieder ausfallen.

227) Wenn die Wechselzähne wieder ausfallen, so werden sie durch neue bleibende ersetzt.

228) Eine dritte Dentition ist möglich, kommt aber sehr selten vor.

229) Gute und schlechte Zähne sind erblich.

230) Die kurzen, gelblich-weissen Zähne sind die härtesten und dauerhaftesten und zeugen von einer guten Konstitution.

231) Die weissen und langen Zähne sind weich und werden leicht schlecht.

232) Die ins Bläuliche schielenden Zähne sind das Zeichen einer schwachen Konstitution, und finden sich bei vielen Tuberkulösen.

233) Die Zahnevolution veranlasst sehr oft örtliche Zufälle, wie Stomatitis simplex, ulcerosa oder aphthosa, oder sie ruft allgemeine sympathische Erscheinungen auf der Haut, den Schleimhäuten oder im Nervensysteme hervor.

234) Die Stomatitis ulcerosa in Folge der Dentition bedarf der sorgfältigsten Behandlung, damit nicht eine Anschwellung der Halsdrüsen eintritt.

235) Sobald die Diarrhoe beim Zahnen sehr heftig wird, muss man passende Arzneien dagegen verordnen.

236) Nur wenige Krankheiten der Kinder stehen mit der Dentition in einem ätiologischen Zusammenhange.

Soor.

237) Ein offenstehender Mund mit auseinander gezogenen, trockenen und schwärzlichen Lippen zeigt eine Stomatitis ulcerosa an.

238) Oeftere Kauterisationen heilen sehr schnell die Ulzerationen im Inneren der Mundhöhle.

239) Die Gangrän des Mundes ist eine Krankheit des Kindesalters.

240) Eine Aphthe, die brandig geworden ist, ist immer der Ausgangspunkt für den Brand, der die Wundwandungen ergreift.

241) Die Gangrän des Mundes entwickelt sich gewöhnlich bei schwächlichen, schlecht genährten, lymphatischen Kindern, und ferner bei solchen, die sich in äusseren ungünstigen hygienischen Verhältnissen befinden.

242) Die Gangrän des Mundes tritt bisweilen epidemisch auf.

243) Die Gangrän des Mundes tritt häufig mit Brand des Anus und der Geschlechtstheile auf.

244) Der Brand des Mundes gibt sich durch einen fötiden Geruch zu erkennen.

245) Der sehr starke Foetor des Mundes, verbunden mit

einer akuten und circumskripten Infiltration der Wange, zeigt das Invasionsstadium der Gangrän an.

246) Die Gangrän des Mundes, die sich auf einen grossen Theil des Gesichtes erstreckt, ist tödtlich.

247) Die Gangrän des Mundes, die sich auf das Gesicht erstreckt, kann zur Mortifikation des Zahnfleisches, zum Ausfallen der Zähne und zu Nekrose der Kieferknochen führen.

248) Der Brand des Mundes heilt nur in seinen Anfängen unter dem Einflusse einer tiefen Kanterisation, die man täglich 2 bis 3 mal wiederholt, und mit einem in Salzsäure getauchten Pinsel macht.

249) Reine Salzsäure ist jedem anderen Causticum in der Behandlung des Mundbrandes vorzuziehen.

250) Diejenige Form der Stomatitis, die besonders die Sekretion des Mundschleimes modifizirt, und ihn sauer reagiren macht, erzeugt Soor.

251) Der Soor ist ein Vegetabile, welches sich in den Follikeln der Mundschleimhaut entwickelt, bevor es an die Oberfläche dieser Membran gelangt.

252) Kleine weissliche, diskrete oder konfluirende Granulationen, die, geronnen und im Munde zerstreut, Milchklumpen ähnlich erscheinen, charakterisiren den Soor.

253) Der Soor ist eine bei Kindern selten primitiv auftretende Krankheit.

254) Soorbildungen finden sich gewöhnlich gegen das Ende aller akuten, sowie auch im Verlaufe chronischer Krankheiten, die eine ernste Bedeutung haben.

255) Der Soor zeigt gewöhnlich einen allgemeinen bedenklichen Zustand an.

256) Treten Soorbildungen bei einem Erwachsenen auf, so verkünden sie den nahen Tod.

Diarrhoe.

257) Die Diarrhoe, eine bei Säuglingen sehr häufig vorkommende Krankheit, hängt in vielen Fällen nicht von Entzündung und anderen materiellen Veränderungen des Darmes ab.

258) Die Diarrhoe entspringt sehr oft aus einer Erkältung, psychischen Eindrücken des Kindes, schlechter Lebensweise, Ueberfütterung, Unreinlichkeit und psychischen Eindrücken der Stillenden.

259) Die Diarrhoe tritt oft sympathisch in Folge einer Reizung der Mundschleimhaut auf.

260) Diarrhoe beobachtet man oft bei Kindern, die mit dem Saugfläschchen aufgezogen werden.

261) Eine reichliche oder arme, dabei konzentrirte Milch veranlasst immer Diarrhoe.

262) Gelbliche und gleichartige diarrhoeische Stühle haben im Allgemeinen wenig zu bedeuten.

263) Die gelblichen diarrhoeischen Stühle, die sich an der Luft grün färben, haben nichts auf sich.

264) Die gelblich-grünlichen oder mit Klümpchen von Käsestoff vermengten diarrhoeischen Stühle lassen immer auf eine beträchtliche Reizung der Gedärme schliessen.

265) Wässerige und reichliche Diarrhoe bildet ein ernstes Phänomen.

266) Blutige Diarrhoe und Intestinalhämorrhagien sind sehr gefährlich.

267) Eine langsame, fortgehende, wenig beträchtliche und fieberlose Diarrhoe hat nichts zu bedeuten.

268) Eine mit Fieber einhergehende Diarrhoe, die sich in die Länge zieht, kündigt eine Enterokolitis an.

269) Die Diarrhoe, die in ihrem Auftreten der Cholera ähnlich kommt, verkündigt eine akute Enteritis von der höchsten Bedeutung.

270) Die katarrhalische oder spasmodische Diarrhoe heilt gewöhnlich sehr schnell.

271) Bei Diarrhoe schwillt den Kindern der Leib an.

272) Aus der katarrhalischen Diarrhoe erzeugt sich zuweilen eine Entzündung der Gedärme.

273) Es ist ein Vorurtheil, wenn man eine bei der Dentition auftretende Diarrhoe nicht aufhalten zu dürfen glaubt.

274) Jede nur einigermassen beträchtliche Diarrhoe muss sogleich durch die einschlagenden Mittel bekämpft werden.

275) Oft kommt man damit aus, dass man die Amme wechselt, oder nur die Stunden der Säugung regulirt, indem man sie vielleicht weiter auseinander rückt.

276) Man kann so viel Mal die Amme wechseln lassen, bis man eine gefunden hat, die den Bedürfnissen des Kindes entspricht.

277) Diejenigen Kinder, denen man zeitig feste Nahrungsmittel verabreichte, und die in Folge dessen Diarrhoe bekamen, genesen bald wieder, sobald man ihnen wieder Milch gibt.

278) Die katarrhalische Diarrhoe heilt durch Bäder, innerlich gereichte Adstringentien und Opiate.

Entero-colitis.

279) Die Entzündung des Darmkanales lokalisirt sich bei kleinen Kindern vorzugsweise in den dicken Därmen, sehr selten im Dünndarme, noch seltener im Magen und verdient mit Recht den ihr von mir beigelegten Namen „Entero-colitis.“

280) Die Entero-colitis ist die naturgemässe Folge einer schlechten Lebensordnung der Kinder und einer ungeeigneten Milch. Sie zeigt sich sehr häufig bei Kindern, die mit dem Saugfläschchen aufgezogen werden, ferner nach einem vorzeitigen Genusse fester Speisen, gleichviel ob fetter oder anderer Natur, und

endlich durch Indigestion, die durch die Thorheit mancher Mütter nur noch vermehrt worden ist.

281) Fieber, Erbrechen, grünliche, bunt gestreifte oder seröse diarrhöische Stühle und Magerkeit, verbunden mit einer grossen Erschlaffung der Bedeckungen, zeigen eine akute Entero-colitis an.

282) Die Entfärbung des Gesichtes und das Zusammenfallen der Züge lassen die Entwickelung einer akuten Entero-colitis befürchten.

283) Die glanzlose, wachsartige Blässe des Gesichtes, verbunden mit weicher Haut und Einfallen der Augen und Wangen zeigt eine akute Entero-colitis an.

284) Findet man bei einem Säuglinge Exkoriationen und Exulzerationen an den Hinterbacken, den inneren Schenkeln und den Knöcheln, so kann man die Gegenwart einer akuten oder chronischen Entero-colitis vermuthen.

285) Ein dicker, meteoristisch aufgetriebener Leib zeigt eine chronische Entero-colitis an.

286) Ein grauenerregendes, greisenartiges und runzliches Gesicht lässt bei einem kleinen Kinde die Anwesenheit einer chronischen Entero-colitis vermuthen.

287) Die akute Entero-colitis geht sehr leicht und reissend schnell in die chronische Enteritis über.

288) Die chronische Entero-colitis, komplizirt mit Soor, nimmt unmittelbar einen weit ernsteren Charakter an.

289) Die vollständige Entfärbung des Gesichtes, sein schnelles Hinwelken, der hohe Grad einer schnell erfolgenden Aushöhlung der Augen, wie es nach starken Darmausleerungen einzutreten pflegt, beurkunden eine sehr grosse Gefahr und einen wahrscheinlichen Tod.

290) Die chronische Enteritis ist beinahe immer tödtlich.

Variola.

291) Die Variola knüpft sich an die Disposition, dringt in das Blut und äussert sich auf der Haut.

292) Die Disposition zur Variola ist verschieden nach den Lebensaltern; ziemlich bedeutend ist sie beim Fötus, selten beim Neugeborenen und sehr bedeutend in der Kindheit. Schwächer tritt sie bei Erwachsenen auf, und vollständig verschwunden ist sie beim Greise.

293) Die Variola ist oft angeboren.

294) Die Variolen sind, sobald sie beim Fötus sich entwickeln, fast immer tödtlich.

295) Die Variola ist epidemisch und kontagiös.

296) Die Variola tritt regulär und irregulär, diskret und konfluirend, gut- und bösartig auf.

297) Die Variola ist bei kleinen Kindern beinahe immer diskret, oder oft irregulär, ein Umstand, der sie zu einer sehr ernsten Affektion macht.

298) Ein plötzlich, bei einem nicht vaccinirten Kinde auftretender, mit Fieber und Erbrechen einhergehender Anfall von Konvulsionen muss an eine Varioleneruption denken lassen.

299) Die Disposition zur Variola wird durch die Inokulation der Vaccine gehoben.

300) Die einmal ausgebrochene Variola nimmt den ihr von der Natur angezeigten Verlauf, und man kann daher die pustulöse Eruption der Haut nur in einer sehr kleinen Ausdehnung verhindern.

301) Die Broncho-Pneumonie ist eine sehr häufige und sehr ernste Komplikation der Variola bei den Kindern.

302) Will man eine einfache, diskrete und reguläre Varioleneruption rationell behandeln, so muss man von jeder energischen Medikation abstehen, nur emollirende Getränke verordnen, dem Patienten Ruhe beobachten lassen und eine reine, sanfte und gemässigte Atmosphäre um ihn herstellen.

303) Die Pusteln des Gesichtes muss man immer durch Merkurialeinreibungen oder durch Emplastrum de Vigo zu heben suchen.

304) Nur die Komplikationen der Variola verlangen ein energisches und unmittelbares Eingreifen des Arztes.

Masern.

305) Fieber, begleitet von Röthe der Augen, Thränen und häufigem Niesen, sind die Vorläufer der Masern.

306) Masern, welche mit Konvulsionen auftreten, sind immer gefährlich.

307) Masern ohne Katarrh enden immer glücklich.

308) Masern, die von Katarrh begleitet werden, kompliziren sich häufig mit Pneumonie.

309) Die Pneumonie bei den Masern, welche man auch Pneumonia morbillosa nennt, hat eine spezifische Natur, die ihre Evolution modifizirt, ein Umstand, der sie sehr ernst macht.

310) Die morbillösen Pneumonieen sind sehr häufig tödtlich.

311) Die morbillösen Pneumonieen haben mehr als andere Formen derselben Miliargranulationen der Phthisis zur Folge.

312) Die anomalen Masern sind immer bedenklich in Bezug auf ihre plötzlich und unerwartet eintretenden Komplikationen.

Erysipelas.

313) Das Erysipel der Neugeborenen ist sehr häufig, wenn Puerperalfieberepidemie herrscht, und findet oft in dem Einflusse dieser Epidemie seine Quelle.

314) Das Erysipel der Neugeborenen nimmt fast immer seinen Ausgangspunkt von einer Hautwunde und hauptsächlich von der, die in Folge des Abfallens der Nabelschnur entsteht.

315) Das Erysipel der Neugeborenen ist tödtlich.

316) Das Erysipel der Kinder wird immer weniger gefährlich, je mehr man sich vom ersten Lebensmonate entfernt.

Nävus und erektile Geschwülste.

317) Es gibt zwei Arten von Nävus, Pigment-Nävus und erektilen Naevus. Sie bestehen in Veränderungen, die durch Anhäufung von Pigment oder durch mehr oder minder beträchtliche Vermehrung der Hautkapillaren an Zahl und Volumen hervorgerufen werden, und sich in erektile, schwammige Massen umbilden.

318) Der Pigment-Nävus verschwindet niemals, der erektile Nävus nur selten.

319) Wächst der erektile Nävus zu schnell und droht eine Ruptur, so muss man ihn örtlich zerstören oder in ein Gewebe umbilden, welches keine vaskuläre Degeneration eingeht.

320) Der Nävus bildet sich in fibro-zellulöses Gewebe um, wenn man die Kuhpocken auf ihn impft, Tartar. emetic. inokulirt oder die Akupunktur macht und Caustica injizirt. Er verschwindet für immer, wenn man ihn nachdrücklich mit einem Aetzmittel, wie z. B. der Wiener Paste, behandelt.

Sklerem der Neugeborenen.

321) Das Sklerem resultirt aus einem Hindernisse in der Zirkulation der Hauptkapillaren.

322) Das Sklerem ist eine den Neugeborenen eigenthümliche Krankheit, welche sich nur sehr selten in der zweiten Periode der Kindheit und bei Erwachsenen zeigt.

323) Das Sklerem zeigt sich mit oder ohne Oedem des Unterhautzellgewebes.

324) Das Sklerem tritt allgemein oder partiell auf.

325) Kälte und Härte der Haut, verbunden mit einer gesunden Eigenwärme, zeigt auf Sklerem hin.

326) Ein kurzer, isolirter, schwacher und häufiger Schrei, der sich von Minute zu Minute wiederholt, beweist Sklerem.

327) Am Ende ist das Sklerem fast immer mit Pneumonie komplizirt.

328) Das Sklerem der Neugeborenen ist gewöhnlich tödtlich.

329) Das partiell auftretende Sklerem geht bisweilen in Genesung aus, das allgemeine dagegen niemals.

330) Das Sklerem ist wenig ernsterer Natur, sobald es 14 Tage nach der Geburt auftritt.

Rhachitis.

331) Der Rhachitismus und die Osteomalacie sind nur eine Krankheit, die nach dem Alter der Individuen modifizirt erscheint.

332) Die Rhachitis ist die Osteomalacie der Kinder.

333) Das Offenbleiben der Fontanellen und eine verzögerte Zahnevolution zeichnen den Anfang des Rhachitismus.

334) Das Anschwellen der Gelenke bildet den zweiten Grad dieser Krankheit.

335) Diese Anschwellungen sind, wenn sie mit Unmöglichkeit zu stehen oder zu gehen verbunden, und von Schmerzen und Erweichung der Knochen begleitet sind, die Zeichen des wirklichen Rhachitismus.

336) Die Rhachitis ist eine bedenkliche Krankheit, welche das Wachsthum hindert, und die Körperlänge unter dem Grade zurücklässt, den sie sonst erreicht haben würde.

337) Die Rhachitis ist die Veranlassung sehr verschiedener Missbildungen im Knochenbaue des Schädels, der Glieder, des Thorax und des Beckens.

338) Es herrscht oft zwischen dem Rhachitismus und der Tuberkulose ein antagonistisches Verhältniss.

339) Man kann den Rhachitismus hervorrufen dadurch, dass man ein Individuum an eine verkehrte Lebensweise gewöhnt.

340) Der vorzeitige Gebrauch des Fleisches, so wie fetter oder mehliger Nahrungsmittel rufen eher den Rhachitismus hervor, als die absoluteste Milchkost.

341) Der Mangel an Luft, Bewegung und Licht tragen neben der Einwirkung einer schlechten Nahrung viel zur Entwickelung des Rhachitismus bei.

342) Milch, Butter, Breie und magere Suppen, verbunden mit der Einwirkung der Luft und des Sonnenlichtes, reichen oft zur Heilung des Rhachitismus aus.

343) Der Leberthran, zu 1 Unze täglich gereicht, ist ein Spezificum gegen Rhachitismus.

Einfluss des Wachsthums auf die Krankheiten.

344) Das Wachsthum ist eine der merkwürdigsten Manifestationen jener bewegenden Kraft, welche die Erzeugung, wie die Entwickelung der organischen Wesen regelt, lenkt und koordinirt.

345) Das Wachsthum knüpft sich an bestimmte und regelmässige Gesetze, die nach Klima, Raçe und Geschlecht verschieden sind, und nur durch in Folge von Krankheiten im Organismus erregte Störungen verändert werden.

346) Die Krankheiten des jugendlichen Alters beschleunigen stets den Trieb des Wachsthums.

347) Das Wachsthum, welches ein Resultat der Krankheiten des Kindesalters ist, geht nicht so rasch von Statten, als man wohl Anfangs glauben könnte, und ist stets mehr scheinbar als wirklich.

348) Der Einfluss der Krankheiten auf das Wachsthum muss mit dem Einflusse des fieberhaften Zustandes, der damit verknüpft ist, stets in direkte Beziehung gebracht werden.

349) Das übereilte Wachsthum wirkt seiner Seits als Ursache anderweitiger Erkrankung. So können Lungen- und Herzleiden oder Paralysen ihre Quelle darin haben.

III. Hospitalberichte.

1) Jahresbericht über das unter I. M. der Kaiserin Maria Anna stehenden ersten Kinderspitales zur heiligen Anna in Wien, für das Jahr 1853.

Dieses unter der Leitung des Prof Dr. v. Mauthner stehende erste Kinderkrankenhaus in Wien hatte im vorigen Jahre 870 kranke Kinder aufgenommen. Die Summe aller Verpflegungstage betrug 15,834, so dass durchschnittlich auf jedes Kind 18.2 Verpflegungstage kamen. Als auswärtige Kranke wurden von der Anstalt 4091 arme Kinder behandelt, von denen 1015 Arznei und 383 ärztliche Besuche gratis erhielten. Von den im Spitale Verpflegten wurden 176 für den klinischen Unterricht ausgewählt, welcher vom Prof. v. Mauthner täglich ertheilt und von 43 Zuhörern in zwei Semestern fleissig besucht wurde. Zeitweise wurden auch die Abtheilungen der Ausschlagskranken für diesen Unterricht benutzt. Wöchentlich wurden ein Mal gemeinnützige fassliche Vorträge über Kinderdiätetik und Kinderkrankenpflege ebenfalls von Dr. v. Mauthner gehalten, zu welchen 115 Hebammen eingeschrieben waren.

Der spezielle Ausweis über die einzelnen vorgekommenen Krankheiten findet sich in einer beigegebenen Tabelle. Im Allgemeinen ist zu bemerken, dass die Mehrzahl der im Spitale Verpflegten schwere, zum Theil unrettbare Kranke waren; denn es befanden sich darunter 113 mit Abzehrung, 76 mit Tuberkulose, 45 mit Skrofeln, ferner 76 mit Entzündung der Brustorgane, 20 mit Bräune, 40 mit Darmkatarrh, 34 mit Darmentzündung, 11 mit Typhus, 27 mit Blattern, 85 mit Masern, 17 mit Scharlach. Dem Alter nach befanden sich darunter 180 Kinder von der Geburt bis Ende des 1. Lebensjahres, von denen 46 Säuglinge waren, für welche Ammen gehalten wurden. Im Alter von 1 bis 3 Jahren waren 290, und 3 bis 12 Jahre zählten 400 Kinder. Das Sterblichkeitsverhältniss war 33 prC., was bei der grossen Anzahl von Kindern unter 1 Jahr und bei den schweren chronischen Krankheiten kaum anders sein konnte. Aus dem allgemeinen Krankenhause kamen 189 Kinder, die 4341 Verpflegungstage in Anspruch nahmen. Das k. k. Findelhaus sendete 48 Findlinge, welche 1059 Verpflegungstage hinnahmen.

Von den 4091 ausser dem Spitale, meistens den Vorstädten

angehörigen Kindern litten 397 an Durchfällen, 277 an Lungenentzündung, 626 an Katarrhen, 185 an Tuberkeln, 116 an Skrofeln, 127 an Rhachitis und 176 an Abzehrung. Sehr viele dieser Kinder, besonders die chronischen Kranken, mussten deshalb als auswärtige Kranke behandelt werden, weil der Anstalt die Mittel fehlten, eine grössere Anzahl von Kindern aufzunehmen, und doch sind gerade solche skrofulöse Kinder durch ihr jahrelanges Leiden für die armen Familien eine grosse Last, während sie andererseits unter den übrigen Kranken im Spitale selbst auch nicht viel gewinnen. Eine eigene Abtheilung für skrofulöse Kranke, wie sie in Paris besteht, wäre doch zeitgemäss und sehr wünschenswerth.

Von Seite der Anstalt wurden 190 Kinder vaccinirt; der Impfstoff ward drei Mal durch Uebertragung auf Kühe gekräftigt und dann mit dem besten Erfolge zur Weiterimpfung verwendet.

---

2) Zehnter Bericht über Dr. Christ's Kinder-Krankenhaus zu Frankfurt a. M., das Jahr 1853 betreffend. Im Auftrage der Administration von Dr. S. F. Stiebel I., Herzogl. Nass. Geheimenhofrathe, Arzt am Kinderkrankenhause u. s. w.

Die Anstalt bekommt durch den Wohlthätigkeitssinn der Bewohner Frankfurt's einen immer grösseren Wirkungskreis. Eine neue Stiftung, als Anfang derselben, durch Vermächtniss einer Frau Baronin v. Mühlen, geb. v. Lersner, gegründet, hat den Zweck, verheiratheten Bürgersfrauen, welchen häusliche Verhältnisse die Niederkunft in eigener Wohnung erschweren, eine Zuflucht für Entbindung und Wochenbette anzuweisen. Da der Arzt der Anstalt auch zugleich Geburtshelfer sein muss, so ist Herr Stiebel sen. in die Verwaltung getreten und die ärztliche Funktion auf Hrn. Stiebel jun. übergegangen.

Es wurden im J. 1853 behandelt: an inneren Krankheiten 97 (42 Knaben, 55 Mädchen), davon genasen 66 (34 Kn., 32 Mädch.), ungeheilt entlassen 2 (Mädchen), starben 12 (3 Kn., 9 Mädch.), blieben Bestand 17 (5 Kn., 12 Mädch.). — An chirurgischen Krankheiten 15 (9 Kn., 6 Mädch.) davon genasen 5 (4 Kn., 1 Mädch.), ungeheilt entlassen 4 (2 Kn., 2 Mädch.), gestorben 1 (Kn.), blieben Bestand 5 (2 Kn.,

3 Mädch.). — Die grösseren Zahlen waren: Abzehrung 17, akute Rhachitis 13, Augenentzündung 12, Skrofelausschlag 8, ausserdem an Skrofeln 6, an Abdominaltyphus 6, an Lungenentzündung 5, an Karies 6.

---

3) Aerztlicher Bericht über die im Verlaufe des Jahres 1853 im St. Josef-Kinderspitale auf der Wieden (Wien) behandelten Kranken, abgestattet von Dr. Samek, Sekundararzt.

Aus beigelegtem numerischem Ausweise über die im St. Josef-Kinderspitale auf der Wieden in Wien behandelten Kranken geht hervor, dass im Verlaufe des Jahres 1853 mit Einschluss der 67 geimpften Kinder die ärztliche Hilfe der Anstalt von 2514 kleinen Patienten in Anspruch genommen wurde.

Es befinden sich 4 Abtheilungen in der Anstalt, wovon die 1. mit einem Belegraume von 20 Betten zur Aufnahme interner und externer Krankheitsfälle; die 2. für Keuchhusten und Masernkranke, die 3. für Scharlach und die 4. für Blatternpatienten bestimmt ist. Den Dienst versehen die Kandidatinnen der Dr. Biehler'schen Kindsfrauenbildungs-Anstalt; davon wurden 6 im verflossenen Jahre theoretisch und praktisch in der Pflege und Wartung der gesunden und kranken Kinder unterrichtet und bestanden gegen Ende des Lehrkurses ihre Prüfungen mit gutem Erfolge.

I. Im Spitale.

In diesem Jahre wurden 368 kranke Kinder in die Anstalt aufgenommen, vom vorigen Jahre verblieben 48, somit genossen 416 Kinder die vollständige unentgeltliche Pflege und Behandlung. Darunter waren 197 Knaben und 219 Mädchen. Das Alter der behandelten Kinder betreffend waren unter einem Jahre 11 Knaben 6 Mädchen, mit dem Alter von 1 Jahr 25 K. 29 M., mit dem Alter von 2 Jahren 26 K. 33 M., mit dem Alter von 3 Jahren 25 K. 26 M., mit dem Alter von 4 Jahren 27 K. 23 M., mit dem Alter von 5 Jahren 20 K. 17 M., mit dem Alter von 6 Jahren 22 K. 16 M., mit dem Alter von 7 Jahren 13 K. 19 M., mit dem Alter von 8 Jahren 13 K. 13 M., mit dem Alter von 9 Jahren 4 K. 15 M., mit dem Alter von 10 Jahren 7 K. 14 M., mit dem Alter über 10 Jahre 4 K. 8 M.

Der vorwaltend katarrhalische Krankheitscharakter dieses Jahres sprach sich besonders aus in Affektionen der Schleimhäute, welche die Luftwege und Digestionsorgane auskleiden; er ging öfter, jedoch nur für kurze Zeit, in den spezifisch entzündlichen und sogenannt gastrischen über.

Von Epidemieen herrschten die Masern. Sie traten im Monate März auf, erreichten im April ihren Höhepunkt, zogen sich jedoch mit wenig Unterbrechungen bis Ende Juli hin. Ihr Verlauf war durchgängig gutartig, indem kein einziger Fall einen letalen Ausgang hatte.

Der Scharlach begann gegen Ende Mai mit solcher Intensität, dass nur wenige der in den Ausschlagszimmern untergebrachten Patienten davon verschont blieben. Er grassirte den Monat Juni hindurch und suchte seine Opfer besonders unter den mit Dyskrasieen behafteten Kindern, welche selten im akuten Stadium, aber meist den Folgekrankheiten, als: Drüsenvereiterungen, erlagen.

Der Keuchhusten fing im Monate Oktober an und währte durch die Monate November und Dezember bis in's Jahr 1854.

Variola kam blos im Januar häufiger zur Behandlung.

Mit Einschluss der spezifischen Ausschläge waren von den behandelten Krankheiten $55^{11}/_{20}$% akuten und $44^{9}/_{20}$% chronischen Verlaufes.

Von den akuten Krankheiten kamen am häufigsten vor: Masern, Scharlach, Entzündung der Bronchien und der Lunge, gastrische und katarrhalische Fieber.

Unter den chronischen Fällen lieferten Hautausschläge, Tuberkeln, Skrofulose und Keuchhusten das zahlreichste Kontingent.

A. Ausschläge.

I. Akute.

a) Die Blattern wurden an 26 Fällen beobachtet.

Von den wahren (Variola vera) wurden, mit Ausnahme eines einzigen, nur ungeimpfte Kinder befallen. Dem Ausbruche derselben ging meistentheils Erbrechen, Kopfschmerz und Abgeschlagenheit voraus. Begleitende Erscheinungen waren nächtliche Delirien und Konvulsionen. Das Eintrocknen der Pusteln begann meist am 8. Tage der Erkrankung. Von den Behandelten starben 3, darunter ein siebenmonatliches Kind, bei dem die Blattern gar nicht zur vollständigen Ausbildung gelangten, und überdiess von einer Bronchitis begleitet wurden. Bei den anderen 2 Todes-

fällen, die ein mit Tuberkulose und ein mit skrofulösen Abszessen behaftetes Kind betrafen, zeigten die Pusteln im Stadium der Abtrocknung eine bläulich missfärbige Röthe.

b) Von den Masern, die im März und April epidemisch auftraten, kamen 43 Fälle zur Behandlung. Gewöhnlich begannen sie mit mässigem Fieber, und zeigten am 5. Tage bereits die Abschuppung, nur an 3 Fällen war diese erst am 12. Tage wahrzunehmen. Die Fälle hatten sämmtlich einen gutartigen Verlauf. Die Behandlung beschränkte sich in den nicht komplizirten Fällen auf die Verabreichung schleimiger Mittel oder einer Mixtura oleosa. Komplikationen, welche der Krankheit oft einen gefährlichen Charakter gaben, als: Diarrhee, Stomacace, Angina membranacea und lobäre Pneumonie, wurden durch entsprechende Mittel bekämpft. Die Krankheitsdauer überschritt selten 20 Tage und zwar nur in den wenigen Fällen, die eine Lungenerkrankung im Gefolge hatten.

c) Während der Abnahme der Masern begann Ende Mai der Scharlach, mit dem 16 Kinder in die Anstalt kamen, woselbst rasch mehrere mit anderen Leiden behaftete Kinder von dieser bösartigen Krankheit ergriffen wurden. Der Verlauf war sehr unregelmässig. So zeigte das Exanthem in manchen Fällen eine punktirte Röthe, häufiger jedoch linsengrosse, konfluirende Flecke. Die anginösen Erscheinungen traten bei wenigen Patienten mit besonderer Heftigkeit auf, während profuse, mitunter eiterige, blutige Diarrhoe als konstanter Begleiter erschien, und Drüsenentzündungen häufig sich hinzugesellten. Die Abschuppung zeigte sich in einigen Fällen schon am 8. Tage, in anderen wurde sie erst am 17. Tage beobachtet, ebenso variirte die Dauer der Abschuppung, die sich oft bis auf 6 Wochen hinzog. Die Therapie suchte einerseits prophylaktisch durch Anwendung von Tinct. Belladonn. der Weiterverbreitung Einhalt zu thun, aber ohne Erfolg, andererseits durch die Verabreichung von Säuren und den Gebrauch von Essigwaschungen das Hitzestadium zu bekämpfen. Doch hatte dieses Verfahren bloss bei sonst gesunden Individuen Erfolg und konnte bei Dyskrasischen die Nachkrankheiten nicht hintanhalten, denen auch 9 der behandelten Fälle zum Opfer fielen.

Die Sektion zeigte fast in allen Fällen Oedem und an dreien wallnussgrosse Tuberkel im Gehirn, Hepatisation der Lunge nebst tuberkulösen Darmgeschwüren. Die Schleimhaut des Ileum bot

stets Ulzerationen dar. In einem Falle erschienen alle Organe in Fäulniss, das Blut flüssig, ohne Gerinnung, in allen serösen Säcken war gelblich klares Serum enthalten.

II. Chronische.

Von den 54 hieher gehörigen Fällen waren die häufigsten:

a) Pustulöse Formen, als: Achor capitis, Impetigo und Ekthyma. —

b) Papulöse Form: Prurigo.

c) Vesikulöse Formen, als: Scabies, Herpes Zoster (ein Mal) und Herpes circinatus (ein Mal). Die vielen Fälle von Ekzem wurden grösstentheils mit kalten Umschlägen und einer Salbe aus 1 Drachme Flor. Zinc. mit 1 Unze Schweinefett behandelt. Doch zeigten zahlreiche Fälle, denen die Skrophelsucht zu Grunde lag, eine besondere Hartnäckigkeit und vereitelten die Hoffnung einer dauerhaften Besserung durch die häufigen Rückfälle. Von auffallend gutem und schnellem Erfolge war jedoch die Anwendung des Plummer'schen Pulvers bei impetiginösem Ausschlage, der nach 6 Dosen verschwand. Dabei bestand zugleich die Behandlung in Bädern (zuweilen mit Dec. cortic. Quercus), Einreibungen mit Schmierseife und Leimüberzügen, welche letztere in mehreren langwierigen mit Ekthympusteln gepaarten Fällen von Skabies sich vortheilhaft erwiesen.

B. Entzündungen.

a) Entzündungen des Auges wurden im Ganzen 25 behandelt, darunter waren 11 skrophulöser, 10 katarrhalischer, 4 pustulöser und 1 blennorrhoischer Natur. Ausserdem wurden auch viele an anderen Krankheiten leidende Kinder zeitweilig von einer katarrhalischen Ophthalmie befallen. Die häufigste Veranlassung zu letzterer Erkrankung gab Aufenthalt in feuchten Wohnungen, denen auch die öftmaligen Rückfälle zuzuschreiben waren. Sie erstreckte sich von der Augenlid-Bindehaut über den ganzen Augapfel und war in vielen Fällen mit Vesikelbildung an der Bindehaut, der Sklerotika oder Kornea aufgetreten.

Die Behandlung beschränkte sich auf die schon in früheren Jahren bei ähnlichen Krankheitsformen als wirksam erprobten Mittel: nämlich auf eine Solution von Alumen crud. mit Zusatz eines narkotischen Agens; bei heftiger Entzündung Epithemata

glacialia und in chronischen hartnäckigen Fällen eine Solution von Lapis infernalis.

b) Entzündung der Gehirnhäute (Hydrocephalus acutus) kam in 7 Fällen vor; davon waren 2 Enkephalosymphoresen, die anderen 5 Fälle boten die der geschehenen Transsudation entsprechenden hydrokephalischen Erscheinungen vollkommen dar. Bei allen stellten sich Anfangs Erbrechen und Kopfschmerz, und im späteren Verlaufe Zuckungen, unstäte Pupille (in einem Falle 3 Tage vor dem Tode gänzliche Erblindung), unregelmässiger, erst gegen Ende höchst frequenter Puls ein. Bei 2 Individuen wurde heftiger Laryngospasmus beobachtet. Die Behandlung wich von der antiphlogistisch-resolvirenden Methode dadurch ab, dass Blutentziehungen nie mehr vorgenommen wurden, und das Hauptaugenmerk auf fleissige Applikation der Epithemata glacialia gerichtet war. Ueberdiess wurde auch Kalomel und Digitalis in steigender Dosis angewendet. Doch zeigte sich jegliche Therapie als unzureichend, was vielleicht von der die Krankheit erschwerenden tuberkulösen Komplikation herrühren mag. Die Sektion bot in den 5 Todesfällen durchgängig seröse Ausschwitzungen in die Gehirnventrikel, Erweichung der umgebenden Substanz; Granulationen längs des Randes der grossen Gehirn-Hemisphären, so wie auf der Milzoberfläche dar. In 3 Fällen, wo eine Lungentuberkulose zu Grunde lag, waren auch im Gehirne wallnussgrosse Tuberkel. Ueberhaupt muss erwähnt werden, dass im Monate Oktober mehrere Tuberkulosen mit hydrokephalischen Symptomen verliefen.

c) Entzündung der Respirationsorgane.

1) Tracheitis und Bronchitis. Von den 26 hieher gehörigen Fällen waren 17 blos einfache Bronchialkatarrhe und 9 Bronchitiden. Die Krankheit wurde nach Anwendung von Mucilaginosa oder in schwereren Fällen durch Verabreichung eines Brechmittels bald gehoben. Nur bei den mit Rhachitis behafteten Kindern, bei denen auch die gewöhnliche Bronchitis einen schlimmen Verlauf durch schnelle Anfüllung der Bronchien mit eiterartigem Schleime zu nehmen pflegt, verzögerte sich die Heilung. Laryngitis wurde vier Mal beobachtet. Sie entstand in Folge des Aufenthaltes in feuchten Wohnungen und durch plötzliche Erkältung. Die Therapie bestand in Darreichung von Brechmitteln, durchgängig mit gutem Erfolge.

2) Lungenentzündung (Bronchiopneumonia und Pleuropneumonia mit einbegriffen) war die unter den Entzündungen am

häufigsten beobachtete Form. Es wurden 30 solche Fälle in der Anstalt behandelt. Meistens hatten sie nur eine Lunge oder einzelne Lungenlappen (häufiger rechterseits) ergriffen; die Behandlung bestand in den genuinen Fällen blos in Emollientia und warmen Getränken. Bei grösserer Schleimansammlung in den Bronchien wurden Brechmittel in Anwendung gebracht, was auch im Allgemeinen als erfolgreich sich herausstellt, indem blos jene 6 Fälle der Heilung widerstanden, in denen ein tuberkulöses Lungen- oder Unterleibsleiden als erschwerende Komplikation zu Grunde lag, was auch durch die Sektionsbefunde erhärtet wurde.

3) Entzündung der Pleura. Drei daran leidende Kinder wurden nach Anwendung des Tartar. stibiat. refracta dosi, welches selbst während des stehenbleibenden Exsudates noch fortgereicht wurde, glücklich der Genesung entgegengeführt.

d) Entzündung der Verdauungsorgane.

1) Entzündung des Mundes. Diese Schleimhautentzündung war in den beobachteten 8 Fällen geschwüriger Natur und verdankte ihren Ursprung kariösen Zähnen, oder sie rührte von Unreinhalten des Mundes her, und wich nach Anwendung eines Syrupus acidus (10 Tropfen Acid. muriat. dilut. auf 2 Unzen Syrup) und oftmaliger Reinigung des Mundes mit frischem Wasser.

2) Halsentzündung (Tonsillitis) wurde bei 6 damit behafteten Kindern durch Applikation von Kataplasmen in kurzer Zeit beseitigt.

3) Entzündung der Gedärme. Die gewöhnlichen Entero-Katarrhe entzündlicher Art zeigten sich bei 5, und die kruppöse Entzündung des Dickdarmes bei 3 Patienten. — Der Verlauf beiderartiger Krankheiten war durchgängig günstig. Die Behandlung dieser Intestinalleiden besteht lokal in Anwendung von kalten Klystiren, innerlich in Darreichung von Mucilaginosa und Pulv. Doveri.

e) Entzündung der Haut (Erysipelas) bot nur ein einziger Fall dar. Die Therapie beschränkte sich auf die Verabreichung eines leichten Purgans nebst Anwendung kalter Umschläge auf die rothlaufartig entzündete Hautstelle.

C. Fieber.

a) Es kamen 10 katarrhalischer, 15 gastrischer und 4 rheu-

matischer Natur vor. Die Behandlung bestand in Ruhe, strenger Diät, und, wo es erforderlich schien, in Darreichung leichter Abführmittel.

b) Typhöse Fieber höheren Grades kamen in 8 Fällen zur Behandlung. Erwähnenswerth sind besonders 2 Fälle, wovon einer ausser den gewöhnlichen Symptomen eine bedeutende Tonsillitis nebst intensiver, jedoch bald verschwindender Hautröthe, und im späteren Verlaufe eine Abschuppung, also eine vollständige Skarlatina, als Komplikation sich zeigte. Der 2. Fall betraf ein mit häufig wiederkehrendem Kopfschmerz behaftetes Kind, das bereits in der Rekonvaleszenz sich befand, als es einem sich plötzlich hinzugesellenden akuten Hydrokephalus erlag. Die Sektion wies eine seröse Exsudation in die Ventrikel, Granulationen auf der Arachnoidea zu beiden Seiten der Falx major, ferner im unteren Drittel des Ileum vernarbte elliptische Geschwüre nach. Die Kur bestand grösstentheils in Anwendung beruhigender Mittel, als im akuten Stadium kalte Ueberschläge auf den Kopf und innerlich Säuren. Guten Erfolg zeigten auch die Essigwaschungen. Mit Ausnahme des oben angeführten Falles genasen alle anderen daran behandelten Patienten.

c) Wechselfieber kam vier Mal vor, darunter 3 mit Tertiantypus. Sie wurden jedesmal durch die Anwendung des Chininsulphats in kurzer Zeit beseitigt.

D. Neurosen.

1) Der Keuchhusten kam in 16 Fällen vor, wovon 5 vom vorigen Jahre verblieben waren, 8 genasen vollständig, 1 wurde gebessert entlassen, und 1 mit Tuberkulose behaftetes Kind ging mit Tod ab; 6 blieben in Bestand für das Jahr 1854. Die Behandlung mit einer Potio acidula (Acid. nitr. dilut. 1 Scrup. auf 8 Unzen Wasser) zeigte sich so wenig erfolgreich wie alle bisher gegen diese Krankheit angewendeten Mittel.

2) Lähmungen wurden bei 3 Kindern beobachtet, darunter 2mal an den rechtseitigen Extremitäten. Die Behandlung mit Purganzen zeigte eben so geringen Erfolg als die durch 8 Tage fortgesetzte Magnetisirung des Patienten (2mal des Tages).

3) Veitstanz (Chorea) kam einschliesslich des vom vorigen Jahre verbliebenen Falles 3mal vor. Die Kranken wurden durch Darreichung des Brechweinsteins in bis 5 Gran steigender Dosis mit gutem Erfolge geheilt. Schreck und Angst vor befürchteten

Schlafen war die Veranlassung; die Dauer variirte von 6—14 Wochen.

E. Dyskrasieen.

Von Dyskrasieen kamen Skrophel- und Tuberkelsucht von der einfachen Hypertrophie der Drüse anfangend bis zur kariösen Knochenzerstörung in allen Formen zur Behandlung. Mehr als der 3. Theil der vorgekommenen Fälle von Skropheln, wo das Uebel noch nicht sehr weit gediehen, oder wo minder wichtige Organe ergriffen waren, genasen. Bei mehreren an Tuberkulose Leidenden that das Gieshübler Wasser gute Wirkung, indem es häufig eine Minderung des Hustenreizes erzielte, doch musste es manchmal wegen eingetretener Diarrhoe ausgesetzt werden.

Skorbut kam blos in 1 Falle vor, der bei zweckmässiger Diät, und nach dem Gebrauche der verdünnten Mineralsäuren in Verbindung mit Essigwaschungen geheilt wurde.

Mit englischer Krankheit (Rhachitis) kamen 3 Kinder in die Anstalt, woven 1 genas, 2 gebessert entlassen wurden. Wir wendeten theils milchsaures Eisen, theils Leberthran an. Ausserdem kamen auch verschiedene akute Krankheiten mit Rhachitis vergesellschaftet vor.

F. Hydropsieen.

Sie kamen 7 mal zur Behandlung, abgerechnet die Fälle, wo sich diese Krankheit in der Anstalt als Nachkrankheit entwickelte; in 3 Fällen rührte der Hydrops von Eiweissharnen her oder war damit verbunden, zwei Mal trat er als Folgekrankheit von Scharlach auf, und zwei Mal konnte die Ursache nicht genau ermittelt werden. Von den Behandelten starben 4, und die Sektion zeigte in 3 Fällen eine sehr bedeutende Hypertrophie der Niere, besonders der Kortikalsubstanz. Die Behandlung bestand in Infus. Digital. und in Liquor terrae foliat. Tartari.

G. Aeussere Krankheiten.

Es kamen vor 10 Abscesse, woven die Mehrzahl skrophulöser Natur war. Zwei Mal wurde Karies und ein Mal Karzinom des Periosts beobachtet. Dieses krebsartige Aftergebilde ist darum bemerkenswerth, weil es an einem einjährigen Kinde binnen 6 Monaten ohne Beeinträchtigung irgend einer Lebensfunktion sich am rechten Oberschenkel entwickelte und einen Abszess von der

Grösse eines Kindskopfes bewirkte, ohne dass das heitere Aussehen des kräftigen Kindes irgend einen Schmerz oder eine zu Grunde liegende Dyskrasie verrieth. Auf den Wunsch der Eltern wurde die Operation vorgenommen, wobei mit Blut untermischte eiterige Massen entleert wurden. Nach 3 Tagen jedoch war der Ausfluss jauchiger Natur, was nebst den sich einstellenden Schüttelfrösten die eintretende Pyämie beurkundete. Die Sektion zeigte einen vom Periost des rechten Oberschenkels ausgehenden Faserkrebs, der die ganze Umgebung in Verjauchung versetzt hatte. Ferner kamen vor 6 Beinbrüche, 7 chronische Gelenkentzündungen, 3 Quetschungen, 1 Verbrühung, 1 Gelenkverkrümmung, 1 Verrenkung, 1 Kontraktur des Gelenkes.

Die Behandlung bestand in Eröffnung der fluktuirenden Abszesse; Anlegen von Schienen an die gebrochenen Extremitäten; Extraktion nekrotischer Knochenstücke; in entzündungswidrigen Mitteln; Umschlägen und Kleisterverbänden, entsprechend den Entzündungen; in Eisumschlägen bei Quetschungen in Einwicklungen der durch Verbrennung verletzten Theile in mit Oel oder Goulard'schem Wasser getränkten leinenen Lappen; in geeigneten Verbänden bei Verkrümmung der Fussgelenke. Ferner wurden mit gutem Erfolge behandelt: 5mal Geschwüre, 1mal Kondylome (mittelst Aetzung durch die Plenk'sche Solution) 4mal weisser Fluss (mit Einspritzungen von einer Höllenstein-Solution) 1 angeborene Syphilis, 1 Phimose, 1 Leistenbruch und 2 Wunden.

Von den 416 im Spitale behandelten Kindern genasen 310, gebessert entlassen wurden 31, 52 starben, also der 8. Theil der behandelten Patienten oder $12^1/_2$ prC.

Dieses ohnehin äusserst günstige Sterblichkeitsverhältniss erscheint noch um so vorzüglicher, wenn man bedenkt, dass mehr als $^2/_5$ davon Opfer tuberkulöser und skrofulöser Auszehrung wurden. Für das Jahr 1854 blieben noch 23 in Bestand.

II. Ordinations-Institut (Ambulatorium).

Ausser den in der Anstalt behandelten und verpflegten kranken Kindern erstreckte sich die heilbringende Wirksamkeit der Anstalt auch auf solche Kinder, die blos zur ärztlichen Konsultation in die Anstalt gebracht, aber zu Hause verpflegt wurden. Solche ambulante Patienten wurden in diesem Jahre 2031 in Behandlung genommen, wovon ein grosser Theil der Medikamente

und Verbände unentgeltlich erhielt. Sie wurden sämmtlich in das Ambulanten-Protokoll nebst Beifügung einer kurzen Krankengeschichte, der Angabe des Alters und der Wohnung eingetragen, und es lässt sich daraus entnehmen, dass die katarrhalisch-entzündliche Affektion der Schleimhäute, welche die Respirationsorgane und den Verdauungs-Apparat auskleiden, in der Kinderpraxis am häufigsten beobachtet werden. Ferner ergibt sich, dass $^3/_5$ der behandelten Krankheitsfälle einen akuten, $^2/_5$ dagegen einen chronischen Verlauf befolgten.

Es kamen vor 356 Ausschlagskrankheiten, davon waren 184 chronische, (Ekzeme, Scabies, Impetigo, u. s. w.) und 172 akute, (44 Blattern, 97 Masern, 10 Nesselausschläge, 21 Scharlach); ferner 94 Augenkrankheiten, (davon waren 12 blennorrhoischer, 30 katarrhalischer, 14 pustulöser und 38 skrofulöser Natur). Ferner 14 Gehirnentzündungen; 507 Krankheiten der Respirationsorgane (darunter 385 katarrhalische und 9 krupöse Entzündungen der Luftröhre, 92 Lungenentzündungen); endlich 287 Unterleibskrankheiten (darunter 18 Brechruhren, 139 Durchfälle, 74 gastrische Fieber, 34 Koliken, 6 Ruhren, 12 Bauchwassersuchten).

Ausserdem wurden behandelt bei 56 Abszesse, bei 26 Angewachsensein der Zunge, bei 6 Beinbrüche, bei 3 Gelenkkontrakturen, bei 26 Geschwüre, bei 6 weisser Fluss, bei 12 Quetschungen, 1 Phimose, 22 Syphilis, 1 Verbrennung, 11 Verkrümmungen der Gelenke und des Rückgrates, 3 Verrenkungen, 17 Vorlagerungen der Eingeweide, 3 Wasserbrüche des Hodens; 4 Wunden. In allen diesen Fällen wurden die nothwendigen Operationen vorgenommen, und die erforderlichen Verbände angelegt.

Zur Impfung sind in diesem Jahre 67 überbracht worden, an welchen die Vaccination fast durchgängig mit gutem Erfolge gemacht wurde.

Ausweis über die im St. Josef-Kinderspitale auf der Wieden (Wien) vom 1. Januar bis einschliesslich 31. Dezember 1853 behandelten Krankheiten.

Krankheiten.	Im Spitale. Vom vorigen Jahre verblieben	Zugewachsen	Genesen	Gebessert u. auf Verlangen entl.	Gestorben	Verblieben	Im Ambulatorium wurden behandelt
Abszesse	3	7	10	—	—	—	56
Anchylose	—	1	—	1	—	—	3
Angewachsensein der Zunge	—	—	—	—	—	—	26
Ausschlags-krankheiten: Blattern	8	18	23	—	3	—	44
Masern	1	42	43	—	—	—	97
Nesselausschlag	—	2	2	—	—	—	10
Scharlach	—	16	6	—	9	1	21
Chronische	6	48	49	—	—	5	184
Auszehrung skrophulöse	—	—	—	—	—	—	12
Beinbruch	1	5	5	—	—	1	6
Beinfrass	—	2	—	1	1	—	5
Brechruhr (sporadische)	—	—	—	—	—	—	18
Durchfall	1	4	5	—	—	—	139
Eingeweidewürmer	—	—	—	—	—	—	4
Englische Krankheit I. Grades (Schädelschwinde)	—	—	—	—	—	—	14
Englische Krankheit II. Grades (Rhachitismus)	—	3	1	2	—	—	76
Entzündung des Auges blennorrhoische	—	1	1	—	—	—	12
" " katarrhöse	4	6	9	—	—	1	30
" " pustulöse	—	3	3	—	—	—	14
" " skrophulöse	—	11	9	1	—	1	38
des Brustfelles	—	3	3	—	—	—	14
der Drüsen	—	6	5	—	—	1	38
der Gehirnhäute	—	3	2	—	1	—	4
des Halses (krupöse)	2	2	2	2	—	—	7
der Haut (Rothlauf)	—	1	1	—	—	—	5
der Gelenke chronische	4	3	2	4	—	1	12
Luftröhre und ihrer Aeste (einfache)	4	13	17	—	—	—	385
Luftröhre und ihrer Aeste (krupöse)	—	9	8	1	—	—	9
Lunge	—	30	20	1	6	3	92
des Mundes (geschwürige)	—	8	7	1	—	—	72
(krupöse)	—	—	—	—	—	—	8
des Nabels	—	—	—	—	—	—	4
des Ohres	—	—	—	—	—	—	3
Fieber katarrhalisches	3	7	9	—	—	1	39
gastrisches	—	15	15	—	—	—	74
rheumatisches	—	4	4	—	—	—	10
Fluss (weisser)	—	4	4	—	—	—	6
Latus:	37	277	265	14	20	15	1591

Krankheiten.	Im Spitale. Vom vorigen Jahre verblieben	Zugewachsen	Genesen	Gebessert u. auf Verlangen entl.	Gestorben	Verblieben	Im Ambulatorium wurden behandelt
Translatus:	37	277	265	14	20	15	1591
Geschwüre	—	5	4	—	—	1	26
Harnbeschwerden	—	2	1	1	—	—	6
Krampfzustände: Allgem. Konvulsionen	—	—	—	—	—	—	29
Krampfzustände: Kolik	—	—	—	—	—	—	34
Krampfzustände: Veitstanz	1	2	3	—	—	—	4
Krampfzustände: Krampfhusten	5	11	8	1	1	6	45
Lähmungen	—	3	1	2	—	—	4
Krebs (Karzinom)	—	1	—	—	1	—	1
Phimose	—	1	1	—	—	—	1
Quetschung	1	2	3	—	—	—	12
Ruhr	—	3	3	—	—	—	6
Skorbut	—	1	1	—	—	—	4
Skrophelsucht	1	12	1	4	8	—	56
Syphilis angeborene	—	1	—	1	—	—	21
„ erworbene	—	1	1	—	—	—	1
Tuberkulose	2	18	—	7	13	—	70
Typhus	—	8	6	—	1	1	16
Verbrennung	—	1	1	—	—	—	1
Verdauungsbeschwerden	—	—	—	—	—	—	24
Verkrümmung der Gelenke	1	—	—	1	—	—	4
„ des Rückgrats	—	—	—	—	—	—	7
Verrenkungen	—	1	1	—	—	—	3
Vorlagerung d. Eingeweide	—	1	1	—	—	—	17
Wasserbruch der Hoden	—	—	—	—	—	—	3
Wasserkopf hitziger	—	4	—	—	4	—	10
„ chronischer	—	—	—	—	—	—	3
Wassersucht	—	7	3	—	4	—	12
Wechselfieber	—	4	4	—	—	—	11
Wunden	—	2	2	—	—	—	4
Zahnen (krankhaftes)	—	—	—	—	—	—	5
Summa:	48	368	310	31	52	23	2031

IV. Kliniken und Hospitäler.

Hopital des Enfans malades zu Paris (Hr. Guersant).

Ueber die Hydrokele der Scheidenhaut und die enkystirte Hydrokele des Samenstranges bei Kindern.

Das Vorhandensein eines mit einer enkystirten Hydrokele des Samenstranges behafteter Knabe in der Abtheilung des Hrn. Guersant gab ihm Gelegenheit zu einigen Bemerkungen über die Hydrokele bei Kindern überhaupt. Im Kindesalter zeigt die Hydrokele keine solche Verschiedenheiten oder Abweichungen von der Hydrokele bei Erwachsenen oder Greisen, dass sie eine besondere Art bilden könnte. Indessen ist es doch wichtig, diese Verschiedenheiten, so gering sie auch sein mögen, besonders in's Auge zu fassen, da die Prognose und die Behandlung allerdings einige Modifikationen dadurch erleiden.

In der Kindheit ist die Hydrokele eben so häufig, als bei Erwachsenen und Greisen. Jedes Jahr kommen Hrn. G. wohl 25 bis 30 Kinder mit Hydrokele vor und 12 bis 15 davon werden aufgenommen. Wenn einige Wundärzte das Gegentheil behauptet haben, so sind sie durch Erfahrungen aus Hospitälern veranlasst, die nicht speziell und ausschliesslich für kranke Kinder bestimmt sind.

Man hat den Ausdruck Hydrokele für jede Geschwulst gebraucht, die durch Infiltration von Serum in die Hüllen des Skrotums oder durch Ergiessung von Serum in die Tunica vaginalis oder in die seröse Umhüllung des Samenstranges gebildet ist. Hieraus ergibt sich, dass die Hydrokele einen verschiedenen Sitz hat, abgesehen von der durch Infiltration bewirkten Hydrokele, von der hier nicht die Rede ist. Die folgenden Betrachtungen beziehen sich nur auf die beiden anderen Arten von Hydrokele und vorerst auf die Hydrokele der Tunica vaginalis. Von dieser gibt es zwei Varietäten; entweder nämlich befindet sich die Tunica vaginalis in ihrem Normalzustande, das heisst, obliterirt an ihrem oberen Theile, in der Gegend des Inguinalringes; — oder sie kommunizirt mit der Bauchfellhöhle, so dass diese und die von der Tunica vaginalis gebildete Höhle zwei ungleiche, nur

durch einen engen, aber wegsamen Hals getrennte Säcke darstellen und die Flüssigkeit aus dem einen Sacke in den anderen gelangen kann.

Ziemlich selten ist die Gelegenheit, an einer Leiche die Hydrokele mit ihrem vollen Inhalte und der Struktur ihrer Wände zu studiren. Im Pariser Kinderhospital ereignet sich diese Gelegenheit bisweilen dadurch, dass ein mit Hydrokele behaftetes Kind an einer anderen Krankheit stirbt. Mehrere solche Autopsieen haben manchen interessanten Aufschluss gegeben. Die in dem Sacke enthaltene Flüssigkeit ist gewöhnlich von zitronengelber Farbe und gerinnt schnell beim Kochen, wodurch der reiche Eiweissgehalt sich kund thut; bisweilen ist die Flüssigkeit aber auch molkenähnlich, sehr selten oder niemals ist sie sehr dunkelgefärbt, braun, blutigroth, purulent, wie ziemlich häufig bei Erwachsenen.

In der geschlossenen, das heisst, mit dem Bauchfellsacke nicht kommunizirenden Hydrokele der Scheidenhaut zeigt diese bei Kindern eine sehr verschiedene Disposition. Sie sowohl als die Form des Sackes ist abhängig von der Quantität des Ergusses. Der Tumor ist gewöhnlich länglich, unten dicker als oben, bisweilen sehr ausgedehnt. Bei Kindern sah Hr. G. ihn von der Grösse eines Puteneies; er kann wahrscheinlich auch noch grösser werden. Da, wo der Tumor seinen Sitz hat, bildet das Skrotum keine Falte mehr; er hat dasselbe gleichsam entfaltet und zerrt bei zunehmender Grösse die Skrotalhaut von der anderen Seite zu sich hinüber, so dass der Hode der gesunden Tunica vaginalis stramm gegen den Tumor an die Mittelwand und zugleich ein wenig nach oben gegen den Leistenring gezogen wird.

Bisweilen ist die Hydrokele in Form einer geschlossenen Kyste vorhanden, welche aus einer oder mehreren Zellen oder Fächern besteht, die nicht immer mit einander zusammenhängen: Diese enkystirte Hydrokele bildet aber bei Kindern eine Ausnahme.

Die Tunica vaginalis hat Hr. Guersant in ihrer Textur unverändert gefunden; er fand weder abnorme Gefässentwicklung, noch Verdickung, überhaupt keine Spur einer stattgehabten, akuten Entzündung.

„Man trifft bisweilen, sagt Hr. G., längs des Samenstranges enkystirte, mit Flüssigkeit gefüllte Geschwülste, die entweder von allen Seiten geschlossen sind oder mit dem Bauchfellsacke kommuniziren. Diese letzteren sind wahrscheinlich nichts weiter als

alte Bruchsäcke, denen der Darm entwichen ist, welchen sie enthalten hatten. Ein solcher Bruchsack hat vermuthlich zu irgend einer Zeit mit seinem Grunde eine Adhäsion erlitten, wodurch er an der Stelle festgehalten wurde, während der Darm in die Bauchhöhle zurücktrat. Leichenuntersuchungen haben bis jetzt diese Ansicht allerdings noch nicht bestätigt, wohl aber Beobachtungen an Kranken. Ein schlecht passendes Bruchband, das die Bruchpforte nicht genau verschliesst, gestattet dem Bruchsacke, unter der Pelotte hinabzugleiten und da er weder durch eine Darm- oder Netzpartie weiter gedrängt wird, so bleibt er an einem gewissen Punkte des Samenstranges stehen. Bei zunehmender Entwicklung des Kindes, seinem vorschreitenden Wachsthume und seiner sich kräftigenden Gesundheit verschwindet die Disposition zur Hernie immer mehr; der von der Pelotte ausgeübte Druck auf den Leistenring verhindert das Hinabtreten des Darmes oder Netzes, ohne jedoch den Hals des hinabgedrungenen und an seiner Stelle festgewachsenen Bruchsackes vollkommen zu schliessen. Dieser füllt sich dann mit Flüssigkeit und bildet die obengenannte Form der Hydrokele. Tritt aber endlich dennoch, wie nicht selten der Fall ist, diese Obliteration des Bruchsackes nachträglich ein, so wird die Hydrokele eine enkystirte. Diese Verwachsung des alten Bruchsackhalses und folglich das Vorkommen von enkystirten Hydrokelen würde viel häufiger sein, wenn die Wände des genannten Halses sich immer genau an denselben Punkten berührten und lange genug in Ruhe blieben, um mit einander verwachsen zu können. Dieses ist aber nicht der Fall; sie berühren sich nicht immer genau an denselben Punkten, sondern folgen, da der alte Bruchsack mit seiner äusseren Fläche irgendwo am Samenstrange angewachsen ist, den auf- und niedersteigenden Bewegungen dieses letzteren und ausserdem tritt auch die in dem alten Bruchsacke angesammelte Flüssigkeit bei den verschiedenen Positionen des Körpers bald mehr, bald minder hindernd zwischen die obengenannten Wände des Halses."

Die Kommunikation mit dem Bruchfellsacke ist übrigens wandelbar; bald ist sie sehr weit, bald sehr eng. In letzterem Falle kann die Flüssigkeit nur sehr langsam in den Bauchfellsack eintreten. Uebrigens hat Hr. G. auf der inneren Fläche dieser geschlossenen Wassergeschwülste nichts Besonderes wahrgenommen; zu einem sehr genauen anatomischen Studium dieser Geschwülste hat Hr. G. noch nicht Gelegenheit gehabt.

Welches ist die Ursache der Hydrokele? „Es ist, bemerkt Hr. G., oft unmöglich, dieselbe zu ermitteln. Man glaubt, gefunden zu haben, dass die lymphatischen, aufgedunsenen Kinder besonders häufig Hydrokele darbieten. Man hat auch das anhaltende heftige Schreien der Kinder beschuldigt, aber dabei wohl mehr an Hernien oder an Hydrokele als Folge von Hernien gedacht. Zu den bestimmteren Ursachen gehören Kontusionen, Quetschungen, Reibungen und organische Veränderungen des Hodens, bei Kindern aber seltener als bei Erwachsenen." — Bei Kindern sind Tuberkulose des Hodens, Schwammkrebs desselben, und die in dem Hoden bisweilen eingeschlossenen Reste eines Fötus (foetus intra foetum oder Monstruosité par inclusion nach Geoffroy St. Hilaire) manchmal mit Wasserergiessung innerhalb der Tunica vaginalis verbunden. Fälle der Art sind von Velpeau, Guersant und Anderen beobachtet worden.

Die Symptome der Hydrokele bei Kindern sind nach der Form und dem Sitze verschieden. 1) Wenn sie nicht mit dem Bauchfellsacke kommunizirt: Die Symptome sind ebenso wie bei Erwachsenen. Man findet eine regelmässige, birnförmige, bisweilen zweilappige, etwas fluktuirende, halbdurchsichtige, schmerzlose, bisweilen nur durch ihre Schwere etwas belästigende Geschwulst am Samenstrange. Beim Drucke auf den Tumor erkennt man, dass er nicht wegzudrängen ist; man kann ihn wohl unter der Haut etwas verschieben, aber nur in Masse und ohne dass er über den Leistenring hinaus entweicht. Zu bemerken ist, dass bei Kindern die Durchsichtigkeit des Tumors leichter zu konstatiren ist, als bei Erwachsenen, weil die ergossene Flüssigkeit immer klar und die Scheidenhaut niemals in ihrer Textur verändert ist. — 2) Wenn der Tumor mit dem Bauchfellsacke kommunizirt: Der Tumor hat dieselben Eigenschaften, aber durch einen geeigneten Druck auf denselben bei Rückenlage des Kindes kann man die Flüssigkeit in die Bauchhöhle hineintreiben. Eine Hernie lässt sich bei der angegebenen Lage auch in den Bauch zurückdrängen, aber der Tumor ist nicht transparent, er hat nicht die Spannung der Hydrokele und bei der Reduktion fühlt man ein deutliches Gurgeln. Beim Hineinpressen des Inhaltes einer Hydrokele in den Bauch fühlt man dieses Gurgeln nicht, sondern die Flüssigkeit verliert sich unter den drückenden Fingern fast unmerklich. Das Gurgeln bei der Reduktion der Hernie wird durch das im vorgefallenen Darme enthaltene Gas

und zum Theile durch die festen Strukturen bewirkt, welche zugleich mit der Flüssigkeit durch die Bruchpforte zurückgedrängt werden. — 3) Wenn die Hydrokele enkystirt ist: Der Tumor ist gewöhnlich viel kleiner und am Samenstrange mehr oder minder ansitzend. Ein Druck bewirkt keine Reduktion des Tumors, weil der Sack geschlossen ist, aber man hat dabei das Gefühl, als weiche der Tumor unter den Fingern und als verändere er seinen Platz. Bisweilen ist der enkystirte Tumor so abgerundet und geschlossen, dass man ausser dem Hoden derselben Seite noch einen überzähligen Hoden vor sich zu haben glaubt. Hebt man den Tumor von unten nach oben, so zieht man den wirklichen Hoden nach derselben Richtung hin und man glaubt dann, den Tumor in den Leistenkanal geschoben zu haben. Bisweilen konstatirt man auch bei dieser enkystirten Hydrokele die Durchsichtigkeit, aber es ist dieses nicht so leicht, als bei der gewöhnlichen Hydrokele.

Die Diagnose der Hydrokele bei Kindern unterscheidet sich nur in einigen Punkten von der bei Erwachsenen. Sie ist ziemlich oft mit festen Tumoren im Hodensacke komplizirt, aber wohl kein Arzt wird einen solchen resistenten soliden Tumor mit einer serösen Ergiessung in der Scheidenhaut verwechseln.

Die obenerwähnte, im Hoden eingeschlossene Monstruosität (Monstruosité par inclusion) zeigt sich nicht unter der Form eines Tumors mit regelmässigen Umrissen, sondern er fühlt sich höckerig an, ist nicht durchsichtig, nur an einigen Punkten fluktuirend, an anderen dagegen sehr hart. — Ebenso fühlt sich der mit Tuberkelgeschwülsten behaftete Hode unregelmässig, bisweilen höckerig an, markirt sich besonders durch seine auffallende Schwere. Ein solcher Testikel wird oft von ziemlich lebhaften, mehr oder minder umgränzten Entzündungen heimgesucht, die mit lebhaften Schmerzen verbunden sind und zwischen dem Hoden und den zunächst gelegenen Texturen Adhäsionen herbeiführen. — Etwas schwierig wird die Diagnose, wenn eine Hernie mit der Hydrokele verbunden ist, aber das schon erwähnte Gurgeln bei der Reduktion der ersteren ist ein sehr gutes unterscheidendes Merkmal. — Lässt sich immer gleich erkennen, ob eine Hydrokele mit dem Bauchfellsacke kommunizirt oder nicht? In vielen Fällen ist dieses sehr leicht, und ein Zweifel ist nicht möglich, — aber in manchen anderen Fällen ist diese Unterscheidung mit Schwierigkeiten verknüpft, namentlich da, wo der aus dem Sacke der Tu-

nica vaginalis ausführende Gang lang und schmal ist. Hier drückt sich die Flüssigkeit nur sehr langsam und allmählig in den Bauchfellsack, und es ist zur Beurtheilung solcher Fälle grosse Vorsicht nöthig, wenn man reizende Einspritzungen machen will. Hat man irgend einen Zweifel, so ist es besser, anzunehmen, dass eine Kommunikation wirklich stattfinde, um sich zu der nöthigen Vorsorge veranlasst zu fühlen, dass die reizende Flüssigkeit nicht in den Bauchfellsack injizirt werde.

In prognostischer Hinsicht ist die Hydrokele an sich keine lebensgefährliche, keine belästigende Krankheit und in sehr vielen Fällen kann man sich wirklich die Frage aufwerfen, ob ebendarum ein Recht vorhanden sei, ernstlich einzuschreiten? Bei Erwachsenen ist man wirklich zu einem solchen Eingreifen nicht gedrängt, bei Kindern aber darf man die Hydrokele nicht bestehen und sich vergrössern lassen, weil die Entwickelung und die Funktionen des Hodens darunter leiden könnten. Die Operation ist um so mehr gerechtfertigt, als dieselbe, wenn sie gehörig vollzogen wird, mit keinerlei Gefahr verknüpft ist, und als nur selten in den Fällen, wo eine freie Kommunikation mit der Bauchhöhle stattfindet, eine spontane Heilung eintritt. Kann man nämlich bei solchen Hydrokelen die in die Bauchhöhle hineingepresste Flüssigkeit in derselben zurückhalten, das heisst durch einen permanenten Druck auf den Leistenring ihren Wiedereintritt in den Sack der Tunica vaginalis verhindern, so ist ihre Beseitigung durch Absorption zu hoffen, da solche im Bauchfelle eher von Statten geht, als in der Tunica vaginalis und ersteres der Flüssigkeit auch eine viel grössere Fläche darbietet als letztere. Indessen geschieht die Absorption des Ergusses auch bisweilen durch die Tunica vaginalis, selbst wenn ihr Sack oben geschlossen ist. Allgemeine Behandlung und örtlich angewendete Resolventia pflegen bisweilen diese Absorption zu bethätigen, aber man darf sich darauf nicht verlassen. Bei der enkystirten Hydrokele ist die Absorption des Ergusses noch seltener.

Bisweilen wird man darum befragt, ob die Hydrokele angeboren, oder später entstanden ist, und versteht unter ersterer meistens eine solche, die mit der Bauchhöhle kommunizirt. Dieses ist aber eine irrige Annahme; nicht jede kommunizirende Hydrokele ist eine angeborene, und nicht jede angeborene Hydrokele ist kommunizirend. Hr. G. hat Kinder gesehen, die mit einer angeborenen Hydrokele behaftet waren, welche sich nicht in die

Bauchhöhle entleeren liess. Zur Zeit der Geburt findet man gewöhnlich die Testikel im Hodensacke; sie sind während des neunten Schwangerschaftsmonates hinabgestiegen; bisweilen treten sie etwas später hinab; mit dem siebenten Schwangerschaftsmonate sind sie sehr nahe dem Leistenringe. Sowie die Testikel einmal in den Hodensack hinabgestiegen sind, kann der Scheidenkanal sich oben schliessen, und folglich der Erguss in ihm abgeschieden bleiben. Darf man, wenn man bei einer kommunizirenden Hydrokele eines ganz kleinen Kindes den Testikel nicht im Hodensacke findet, ganz bestimmt vorhersagen, dass dieser Testikel noch nachkommen werde? man muss in seinem desfallsigen Ausspruche sehr vorsichtig sein, da nicht selten der Hode innerhalb der Bauchhöhle oder im Leistenkanale zurückbleibt; es ist dieses abhängig von der nicht ausreichenden Länge des Samenstranges.

Was die Behandlung der Hydrokele bei Kindern betrifft, so kommt vorzugsweise diejenige Varietät in Betracht, wo der Scheidenkanal nicht mit der Bauchhöhle kommunizirt, sondern geschlossen ist. Das Verfahren unterscheidet sich nur wenig von dem bei Erwachsenen. Die Inzision und Exzision passt nicht, weil die Tunica vaginalis keine Texturveränderung zeigt und darin veranlasste Eiterung eine sehr ernste Affektion für das Kindesalter ist. Dagegen hat Hr. G. die Punktion, die Injektion und das Haarseil angewendet. — A. Dubois machte oft nur die Punktion, und nichts weiter. In der That hat die Entfernung des Ergusses bisweilen die Retraktion der serösen Membran zur Folge. Zeigt sich alsdann der Erguss wieder, so ist er geringer an Menge und wird leichter resorbirt. Es kann also sich wohl ereignen, dass die blosse Punktion, die gewöhnlich nur ein Palliativmittel ist, eine Radikalkur bewirkt. Gewöhnlich verlässt man sich nicht darauf, sondern lässt auf die Punktion die Injektion folgen. Hr. G. rathet aber, bei ganz kleinen Kindern es mit der Punktion allein zu versuchen; er hat viele gelungene Radikalheilungen durch dieselbe aufgezeichnet. Bekömmt er ein ganz kleines Kind mit einer geschlossenen Hydrokele zur Behandlung, so versucht er zuerst tonische, reizende, resolvirende Mittel und macht, falls dadurch die Absorption nicht bewirkt wird, die Punktion. Sobald er den Einstich gemacht und die Flüssigkeit entleert hat, reizt er die Serosa mit dem Troikartröhrchen. Erst, wenn auch dadurch nicht eine Radikalheilung herbeigeführt

wird, macht er die Injektion. Hierzu hat Hr. G. heissen Rothwein ohne Beimischung, Rothwein mit Aqua Rosarum, Jodtinktur mit Wasser gemischt, und reinen Alkohol angewendet. Mit allen diesen Flüssigkeiten hat er fast gleich gute Erfolge erreicht. — Die Jodtinktur erscheint passend zur Injektion, wenn der Testikel etwas geschwollen oder aufgetrieben ist; der Kontakt der Jodtinktur mit den Wänden des Scheidenkanales wirkt sehr gut und hat keine Gefahr. Man kann selbst etwas von der Jodtinktinktur in dem genannten Kanale zurücklassen, ohne dass ein übles Resultat sich zeigt. Dieser zurückgelassene Rest wird auch durch Resorption entfernt, aber die Applikation der Jodtinktur hat den Nachtheil, dass sie die Wäsche, die Hände und die Instrumente beschmutzt und dem Chirurgen nicht immer zur Disposition ist. — Häufig wird daher der Rothwein angewendet; man muss gewöhnlichen schweren Rothwein nehmen, den man erwärmen lässt. Er muss aber sehr heiss (zu 32 bis 33° C.) injizirt werden, so dass der Kranke das Brennen in gewissem Grade empfindet. Sehr viele Rückfälle entsprangen daraus, dass der Wein nicht heiss genug injizirt worden war. Bei dieser und jeder anderen Injektion liegt der Grund der Rezidive auch in der nicht genügenden Menge. Das Quantum der injizirten Flüssigkeit muss gross genug sein, um die Höhle vollkommen auszudehnen, damit kein Punkt der Serosa der Einwirkung derselben entgehe. Die injizirte Flüssigkeit muss eine Zeit lang in der Höhle verbleiben. Die Zahl der Injektionen ist abhängig von dem Grade der Reizung, welche sich einstellt. Ist die letzte Injektion gemacht und die Flüssigkeit entleert, so ist noch nicht Alles beendet. Man muss den Operirten überwachen, um entweder die Entzündung anzustacheln, wenn sie zu träge erscheint oder auf zu geringe Punkte sich beschränkt, oder im Gegentheil die Entzündung zu mässigen, wenn sie zu heftig ist. Hr. G. ist der Meinung, dass die Jodtinktur nicht mehr Vortheile darbietet, als kräftiger unverfälschter Rothwein; eben so wirksam, aber viel bequemer ist Alkohol, dessen Hr. G. sich immer bedient, und den er kalt injizirt. — Das Haarseil wendet Hr. G. bei der geschlossenen Hydrokele auch nicht selten an; es besteht aus einem, höchstens zwei Fäden, die er mit einer sehr feinen Nadel durchzieht. Ein solches Haarseil erregt bisweilen eine sehr lebhafte Entzündung.

Kommunizirt die Hydrokele mit der Bauchhöhle, so muss man

den kleinen Kranken zu kräftigen suchen, auf die kranke Seite des Hodensackes zertheilende Umschläge machen und mehrmalige Punktionen vornehmen. Selbst eine Injektion ist gestattet, wenn die Kommunikation des Sackes mit der Bauchhöhle nur eng und schmal ist, in welchem Falle man aber doch die Vorsicht haben muss, daselbst eine Kompression anzuwenden, damit die reizende Flüssigkeit nicht in die Bauchhöhle gerathe. — Ein letztes Mittel gegen die kommunizirende Hydrokele ist ein Bruchband, aber es muss sehr gut gemacht sein, damit die Pelotte sehr genau die Pforte am Ringe verschliesse.

Aus verschiedenen englischen Hospitälern.

Pleuritis, Empyem und Hydrothorax bei Kindern, und deren verschiedene Ausgänge, erläutert durch klinische Fälle.

Fall 1. Marie S., 10 Jahre alt, starb zwei Tage nach ihrer Aufnahme in das Bartholomäushospital in London in einem fieberhaften Zustande. Die Leiche wurde am folgenden Tage untersucht. Bei der Eröffnung der Brusthöhle fand man die rechte Lunge und die sie umkleidende Pleura ganz gesund und frei von jeder Spur einer früher stattgehabten Entzündung. Links jedoch war sowohl die Lungen- als Rippenpleura verdickt durch falsche Hautbildungen und überall mittelst loser Brücken aus geronnener Lymphe, die offenbar nicht sehr alten Ursprunges waren, verwachsen. In dem unteren Theile des Pleurasackes waren die Adhäsionen besonders häufig und schienen frischer zu sein, während im abhängigsten Theile sich eine geringe Menge dicklichen Eiters fand, der von einer pseudomembranösen dichten Kapsel umgeben war. Die Verwachsungen zwischen der linken Lunge und dem Zwerchfelle waren ausserordentlich fest. In keinem Organe fanden sich Tuberkelablagerungen, mit Ausnahme des Zipfels der linken Lunge, wo einige kleine Miliarknötchen bemerkt wurden. Die Lunge selbst war knisternd. Der Tod war aber vorzugsweise durch einen Fieberzustand erfolgt, welcher mit bedeutenden krankhaften Veränderungen im Darmkanal und in der Milz im ursächlichem Zusammenhange war.

Dieser Fall ist in mehr als einer Beziehung instruktiv. Er

beweist, dass bedeutende Pleuritis in der linken Thoraxhälfte vorhanden gewesen, dass sie ein Empyem veranlasst hatte, und dass die Natur nahe daran war, durch Absorption des Eiters und durch Bildung von Brücken und Verwachsungen Heilung zu bewirken. Der Eiter hatte sich in die abhängigste Stelle des Pleurasackes gesenkt, und hier hatte die Natur ihn mit einer Art Kapsel umgeben und bereits durch Adhäsionen mit dem Zwerchfell vollständig isolirt, so dass er nahe daran war, in eine feste Masse sich umzuwandeln. Welches die weiteren Folgen dieser Thätigkeit der Natur gewesen, inwieweit die weitere Entwickelung des Kindes dadurch beeinträchtigt worden wäre, lässt sich allerdings nicht bestimmen. Das Kind hatte gar keine ärztliche Hülfe gehabt und in den sehr elenden Verhältnissen, in denen es lebte, verfiel es in das Fieber, welches ihm den Tod brachte, und das zu dem Brustleiden in gar keiner Beziehung stand.

Fall 2. Thomas March, 15 Jahre alt, ein gesund aussehender kräftiger Knabe, blond, wurde am 23. April 1853 in St. Bartholomäus in London aufgenommen. Dass die rechte Pleurahöhle mit Flüssigkeit ganz angefüllt war, ergab die gewöhnliche physikalische Untersuchung. Der Knabe hatte seit 9 Wochen über nichts geklagt als über einen sehr kurzen Athem und im Anfange über einen sehr geringen Schmerz im Rücken. Dabei hatte er immer sehr gut geschlafen und vortrefflichen Appetit gehabt. Er hatte nicht die geringste Spur von Fieber und, wenn er sich ruhig hielt, auch keine Dyspnoe. Bei der Besichtigung des Thorax erschien die rechte Seite voller und etwas ausgedehnter als die linke, aber der Umfang mass nur 1 Zoll mehr als diese. Der Kranke blieb drei Monate im Hospital; er wurde mit wiederholten Blasenpflastern behandelt und bekam Diuretica mit kleinen Dosen Hydrarg. cum Creta. Etwa acht Tage nach seiner Aufnahme bekam er Scharlach, das sehr milde verlief, aber ein geringes Fieber hinterliess. Später erholte er sich jedoch, und die angewendeten Mittel hatten keinen wesentlichen Erfolg. Der Erguss blieb derselbe, nahm weder zu noch ab, und da der Knabe aber auch nicht die geringsten Beschwerden hatte, sich bewegen und Treppen steigen konnte, so hielt sich Herr Lloyd nicht für berechtigt, die Punktion vorzunehmen, sondern hoffte, da die Kräfte des Kranken zunahmen, noch immer auf Entfernung der Flüssigkeit durch Absorption.

Dieser Fall zeigt, dass sehr bedeutendes Empyem auch im

jugendlichen Alter auf sehr latente Weise sich erzeugen und viele Monate bestehen kann, ohne lästig zu werden, und dass unter solchen Umständen sehr wohl die Naturthätigkeit abgewartet werden kann.

Fall 3. Marie B., eine Woche alt, wurde wegen angeborener Syphilis am 23. Dezember in das Hospital für Hautkrankheiten aufgenommen; es war ein kleines, schwächliches Kind. Die ganze Haut war mit Pemphigusblasen besetzt, von denen einige die Grösse eines Sixpence hatten. Die Kleine schnaufelte mit der Nase und athmete schwer, war fortwährend unruhig, schlief wenig, nahm wenig Nahrung und starb am 15. Tage. Erscheinungen, die auf eine Pleuritis deuteten, waren vor dem Tode nicht bemerkt worden. Es fanden sich aber an dem linken Pleurasacke vier Unzen einer schmutzig-gelben, serös-eiternden Flüssigkeit. Die Lungenpleura war dunkelroth und mit dünnen Flocken falscher Membran belegt. Ebenso die entsprechende Rippenpleura; die linke Lunge war verdichtet und zusammengesunken, aber nicht zerreiblich oder erweicht, die rechte Lunge dagegen war ausgedehnt, krepitirend und bluthaltig und ebenso wie die Pleura ganz gesund. Mit Ausnahme einiger Fibrinablagerungen in der Milz waren alle Organe gesund. Weder die Thymus noch die Leber zeigten etwas Abnormes.

Dieser Fall bot also in der Lunge und in den beiden letztgenannten Organen nichts von Dem dar, was P. Dubois, Dupaul und andere französische Aerzte bei kleinen Kindern mit angeborener Syphilis und namentlich da, wo sich Pemphigus zeigt, gesehen haben. Von den Abscès multiples ist nichts gefunden worden. War der pleuritische Erguss die Folge der Syphilis oder, was wahrscheinlicher ist, einer Erkältung? Schwächliche, elende Kinder werden viel häufiger von Pleuritis dahingerafft, als man annimmt, und es ist sehr wahrscheinlich, dass sie einer Erkältung erliegen, der sie bei ihrer Schwächlichkeit nicht widerstehen können wie kräftiger organisirte Kinder, die vielleicht nur einen vorübergehenden Schnupfen davontragen.

Fall 4. Joseph Tyler, 12 Jahre alt, von blondem Habitus, wurde am 27. Febr. 1852 in das City of London Hospital für Brustkranke aufgenommen. Man gewahrte Folgendes: Die untere Portion des Brustbeines ist auffallend hervorragend; die linke Schulter ist hinabgesunken und die ganze linke Brustseite erschien zusammengezogen, und viel kleiner als die andere. Hin-

ten zeigt sich die Breite des Rückens bis zur Wirbelsäule rechts viel grösser als links, und es macht sich eine geringe Seitenkrümmung der letzteren bemerklich. Der Umfang der rechten Brusthälfte wird bei der Messung am untern Theile des Thorax um $1^1/_2$ Zoll weiter gefunden, als der der linken. Die Perkussion ergibt einen matten Ton in der ganzen linken Brustseite mit Ausnahme einer Stelle von ungefähr $1^1/_2$ Zoll gerade unter dem Schlüsselbeine; Athmungsgeräusch nirgendswo in der linken Brustseite zu hören, ausser an der bereits genannten Stelle, wo es rauh und bronchial ist. In der Achselgrube wird eine modifizirte Aegophonie vernommen. Die rechte Lunge ergibt sich als vollkommen gesund, aber weder links noch rechts in der Brust ist der Widerhall der Stimme bemerklich. Das Herz befindet sich unter dem Brustbeine und etwas rechts von ihm. Der Knabe sieht elend aus; er ist mager, bleich und hektisch; er hat fast alles Haar verloren, und, was noch davon übrig ist, ist trocken und verfilzt; er hat keinen Husten und sehr wenig Schmerz. Puls 144, klein und schwach; Appetit gut. Er hatte am Aufnahmetag eine (engl.) Meile bis zum Spitale zu Fuss gemacht. Seinem Berichte nach hat er schon seit vielen Monaten gekränkelt; seit 6 Monaten hat er an Dyspnoe und Schmerzen in der Brust gelitten. Vor 2 Monaten aber empfand er plötzlich heftige Stiche in der linken Brustseite, die ihn zwangen, sich an einen Arzt zu wenden; jedoch kam er nicht zum Liegen, sondern ging herum wie gewöhnlich. Seitdem hatte er oft kleine Anfälle von Frösteln und stechenden Schmerzen. —

Hinsichts der Diagnose bot dieser Fall keinen Zweifel dar, und aus dem Umstande, dass, obwohl der Pleurasack noch fast ganz angefüllt, die Brusthälfte aber schon beträchtlich eingesunken war, wurde es wahrscheinlich, dass vor dieser jetzigen pleuritischen Ergiessung schon eine etwa 2 bis 3 Monate vorher statt gehabt und dass die Flüssigkeit resorbirt worden und die Brustwand eingesunken sei, ehe die jetzige Ergiessung eintrat. Diese neue Ergiessung ist vermuthlich die Folge eines Rezidivs der Entzündung gewesen.

Der Knabe bekam 2 Theelöffel voll Leberthran zweimal täglich und eine nährende Kost. Unter dieser Behandlung blieb er 10 Wochen und wurde dann auf das Land geschickt. Er hatte sich bedeutend gebessert und an 5 Pfund im Gewichte zugenommen. Hinten und links am Thorax ist der Perkussionston immer

noch matt und Athmungsgeräusch wenig oder gar nicht hörbar; unterhalb des Winkels des linken Schulterblattes nahe der Wirbelsäule hört man deutliche Krepitation. Vorne ist die Kontraktion und Abflachung der Brustwand sehr markirt; der Perkussionston ist matt und das Athmungsgeräusch bis zur Höhe der dritten Rippe nicht hörbar; weiter oben ist etwas mehr Resonanz und schwaches Athmungsgeräusch zu vernehmen.

Nachdem der Knabe einige Monate auf dem Lande geblieben war, war er so wohl, dass er gar nicht daran dachte, von Neuem sich vorzustellen. Er wurde aber am 24. Dez. 1853, etwa 19 Monate nach seiner Entlassung und $2^1/_4$ Jahre nach Beginn seines pleuritischen Leidens von Neuem untersucht und kräftig und gesund befunden. Er ist schlank, arbeitet bei einem Zimmermann, kann seiner Angabe nach ohne alle Beschwerden Lasten tragen und rollen. Beim ersten Anblick erscheint sein Thorax durchaus symmetrisch; genauer hinschauend bemerkt man jedoch an der linken Seite eine sonderbare Depression, die sich auf den zweiten Interkostalraum beschränkt. Die linke Brustwarze steht dem Schlüsselbein ½ Zoll näher als die rechte; der Umfang des Thorax unten beträgt links 16, rechts 17 Zoll. Der Perkussionston ist überall an der linken Brustseite hell, aber die Vibration der Stimme kann nirgends vernommen werden. Das Herz befindet sich wieder an seiner richtigen Stelle. Bei der Athmung bewegen sich beide Brusthälften ganz gleichmässig; rechts sind jedoch Perkussionston und Athmungsgeräusch heller und stärker als links, obgleich er hier auch nicht fehlt.

Dieser Fall ist ein Beispiel vollständiger Heilung des Empyems durch blosse Naturthätigkeit, ohne dass, trotz zweimaliger sehr bedeutender Ergiessung, eine auffallende Deformität zurückblieb. Der Knabe war offenbar im Wachsen begriffen und die bereits im Laufe der Krankheit eingetretene Deformität glich sich grösstentheils wieder aus.

Es scheint, dass im Kindesalter die Heilung des Empyems durch Absorption häufiger und schneller stattfindet, als im späteren Alter. Numerische Vergleichungen fehlen allerdings noch, aber wir haben eine solche Heilung unter sehr verzweifelten Umständen eintreten gesehen und in einfachen Fällen ging sie auffallend rasch von Statten.

Fall 5. Elisa E., 7 Jahre alt, bekam plötzlich heftige, stechende Schmerzen in der rechten Brusthälfte unter lebhaftem

Fieber; dabei hatte sie etwas Husten und sehr beschleunigten Athem. Eine genaue Untersuchung ergab einen Erguss im rechten Pleurasack, der bis zur Brustwarze angefüllt war. Blutegel wiederholentlich auf die Brust, innerlich Merkurialien und diuretische Salze mit milden diaphoretischen Getränken brachten binnen 10 Tagen vollständige Heilung.

Fall 6. John G., 12 J. alt, wurde am 15. Nov. 1853 in eines der Dubliner Hospitäler aufgenommen. Er war seit 6 Tagen krank und fieberte lebhaft unter fast typhösen Erscheinungen. Eine genaue Untersuchung ergab ein Empyem der rechten Brusthälfte; der Pleurasack war fast bis zur Brustwarze angefüllt. Anfangs bekam der Knabe nur milde Salze, dann Merkurialien, und als das Brustleiden chronisch zu werden begann, wurde die kranke Brustseite mit Jodtinktur übermalt, was eine sehr gute Wirkung zu haben schien. Am 28. Nov. wurde der Knabe vollkommen geheilt entlassen.

Von ganz besonderem Interesse ist der folgende Fall:

Fall 7. Georg Kingston, 8 J. alt, wurde am 2. Febr. 1852 in St. Bartholom. in London aufgenommen, und zwar wegen eines anscheinend oberflächlichen Geschwüres an der linken Brustseite. Er war wohlgestaltet, blond, hat einen etwas zarten Ausdruck, aber sah nicht eigentlich krank aus. Einige Wochen vor seiner Aufnahme hatte sich an der linken Brustseite ein Abszess gebildet, der Abszess war aufgebrochen, und davon war das erwähnte Geschwür zurückgeblieben. Dieses Geschwür hatte aufgeworfene Ränder und sein ganzes Ansehen deutete auf Karies der Rippe. Eine Sonde wurde eingeführt, traf aber keinen entblössten Knochen, sondern drang mit der grössten Leichtigkeit 4 Zoll tief in die Brusthöhle. Die genaue Untersuchung ergab nun Folgendes: Die unteren drei Viertel der linken Brustseite gaben einen matten Perkussionston, waren ohne Bewegung bei der Respiration und ohne alles Athmungsgeräusch. In gleicher Höhe mit der dritten Rippe vorne und nicht ganz so niedrig hinten war ein heller Perkussionston und ziemlich gutes Athmungsgeräusch vernehmbar, jedoch lange nicht so klar und laut als an der rechten Brustseite. Das Herz schlug ziemlich an seiner normalen Stelle. Die geschwürige Oeffnung hatte ihren Sitz zwischen der 5. u. 6. Rippe in gerader Linie mit der Brustwarze. Aus der Oeffnung floss fortwährend reichlich eine dünne und serös-purulente Flüssigkeit. Die Gesundheit des Knaben hat merkwürdigerweise ausserordent-

lich wenig gelitten. Er hatte guten Appetit, war gut bei Fleisch und zeigte keine Symptome von Hektik. Hr. Stanley, der den Knaben zu behandeln hatte, war der Meinung, dass nichts für ihn durch die Kunst zu thun sei, dass wenigstens die Chirurgie hier nichts schaffen könne; er verordnete ihm eine kräftige ernährende Kost und sorgsamen Schutz gegen Erkältung, und liess ihn nur wenige Wochen im Hospitale. Es zeigte sich in der That eine bedeutende Abnahme der Sekretion aus dem Geschwüre, und es konnte gehofft werden, dass mit der Zeit die Pleura sich entleeren, und die Fistel sich schliessen werde. Der Knabe wurde leider später nicht wieder gesehen.

Diese Fälle von Selbstentleerung des pleuritischen Ergusses bilden den Uebergang zu denen, wo die Entleerung durch die Punktion bewirkt wird. Von einem Einsinken der kranken Brustseite und einer konsekutiven Schiefheit des Thorax finden wir bei diesem Falle nichts notirt. Dergleichen Erscheinungen würden einem Manne, wie Stanley, nicht entgangen sein. Es muss also mit diesen ebenerwähnten Folgen des Empyems bei Kindern doch nicht so arg sein, als in den neuesten Handbüchern angegeben wird.

Fall 8. James Spekding, 5 J. alt, ein blondes und sehr kachektisches Kind, wurde am 23. Juli in St. Bartholom. in London aufgenommen, und zwar wegen eines grossen Tumors vorne auf der rechten Brustseite. Der Tumor wurde als ein Abszess erkannt und ein Einstich gemacht. Eine grosse Menge dünnen Eiters floss aus, und es erwies sich nun, dass der Abszess mit einem in das Innere der Brust führenden Gange zusammenhing. Die Oeffnung wollte sich auch nicht schliessen, und es bildete sich nun eine wirkliche Fistel aus, durch die mit Leichtigkeit eine Sonde bis in die Brusthöhle drang. Die ganze rechte Brusthälfte war ohne Bewegung, abgeflacht, verkürzt und tönte matt bei der Perkussion. Die Auskultation ergab aber unter dem rechten Schlüsselbeine ein kurzes, weiches inspiratorisches Geräusch, und hinten und seitlich in der Gegend des unteren Lappens der rechten Lunge ein heiseres Pusten (souffle). Ob dieses übertragene Töne waren oder ob sie direkt von der Lunge kamen, die vielleicht Adhäsionen in dieser Gegend gebildet hatte, liess sich nicht feststellen. Die Fistelöffnung sass etwa einen Zoll unter der rechten Brustseite und ein wenig aussen von derselben, die Aussonderung aus der Fistel war nicht sehr reichlich und

verminderte sich allmählig. Die linke Brustseite erschien ganz gesund; die Perkussion ergab daselbst überall einen hellen Ton, und laute puerile Respiration war hörbar. Das Kind lag beständig auf der rechten Seite, mit der rechten Schulter etwas tief, um die gesunde Seite, die das Athmen allein zu vollführen hatte, recht hervorzuheben. Der Knabe blieb zwei Monate im Hospital, wo er Leberthran und kleine Quantitäten Wein bekam. Seine Kräfte erhielten sich, aber sein Thorax sank rechts immer mehr ein.

Fall 9. Benjamin Andrews, ein hellblonder Knabe, von robusten Eltern, wurde am 20. Okt. in das City of London Hospital für Brustkranke aufgenommen. Er war mager, bleich und sah sehr übel aus. Beim Herumgehen im Zimmer hob er die rechte Schulter hoch, drängte die rechte Brustseite nach vorne und oben, und bewegte sie besonders stark beim Athmen. War der Knabe nackt, so konnte man dieses deutlich sehen, und man erkannte alsdann sofort, dass die linke Brustseite für die Respiration nicht mehr thätig sei. Diese ebengenannte Brustseite war abgeflacht, verkürzt und bewegungslos; die rechte Brustseite dagegen war voll und gewölbt und sehr thätig bei der Respiration. Die Wirbelsäule zeigte eine Seitenkrümmung mit der Konvexität nach rechts, aber die Deformität erschien grösser, als sie wirklich war; denn die Messung ergab, dass der Umfang der rechten Brustseite nur 1 Zoll grösser war, als der der linken. Unterhalb des linken Schlüsselbeines war eine Abflachung vorhanden, und die linken Interkostalräume waren eingesunken. Die Herzspitze schlug unter der linken Brustwarze an. In der ganzen rechten Brustseite und noch ein wenig nach links vom Sternum war der Perkussionston hell; die ganze linke Brustseite dagegen gab bis 1 Zoll vom Brustbein einen matten Perkussionston bei festem Anpochen; geschah das Anklopfen kurz und rasch, gleichsam auftrommelnd, so vernahm man einen deutlichen tympanitischen oder hohlklingenden Schachtelton. An allen bei der Perkussion helltönenden Stellen und Gegenden der Brust war das Athmungsgeräusch sehr laut; aber an den anderen Stellen vernahm man Bronchialathmen, vielen Rhonchus und grosse Krepitation. — Hr. Birkett, der den Knaben behandelte, diagnostizirte: vorhanden gewesenes Empyem im linken Pleurasacke, das durch Absorption verschwunden ist, und Verdichtung der linken Lunge zur Folge gehabt hat. Mit dieser Diagnose stimmten die Angaben des Knaben: ein Jahr vorher habe er sich erkältet und Stiche in der Brust und Husten be-

kommen; er habe wegen der Brustschmerzen 14 Tage im Bette bleiben müssen. Seitdem habe er immer gekränkelt und einen kurzen Athem gehabt; in den letzten Tagen vor seiner Aufnahme in das Hospital habe er sich erholt; dann aber sei die Dyspnoe sehr ernst geworden; niemals habe er einen Auswurf von einiger Bedeutung gehabt. Im Hospitale bekam der Knabe Leberthran und ernährende Kost, aber schon einige Tage nach der Aufnahme wurde seine Dyspnoe sehr stark, und noch 8 Tage später starb er. Fieber war gar nicht vorhanden gewesen, Husten sehr gering und Auswurf hatte der Knabe gar nicht gehabt; er hatte sich nur angstvoll im Bette umhergeworfen, nach Luft schnappend. Sein Antlitz war bleich und mit Angstschweiss bedeckt, und in den letzten zwei Tagen vor dem Tode war seine Orthopnoe so bedeutend, dass die Brust nicht mehr untersucht werden konnte.

Als bei der Leichenuntersuchung das Brustbein mit den ansitzenden Rippenknorpeln entfernt war, trat die linke Lunge nirgends vor Augen. Die rechte Lunge dagegen war sehr voll und hervorragend, und füllte die rechte Thoraxhälfte bis zur Mittellinie aus. Das Herz lag ganz links vom Brustbein; das Zwerchfell hatte eine schiefe Richtung, indem es rechts durch die volle grosse Lunge so hinabgedrängt war, dass es mit seiner Konvexität daselbst in die Bauchhöhle hinabragte, während es links über seinen gewöhnlichen Stand nach oben in die Brusthöhle hineinragte. Die linke Lunge fand sich zusammengesunken und karnifizirt, allenthalben verwachsen mit den Brustwänden und dem Zwerchfell, und erstreckte sich von der Spitze der Brust abwärts bis zur vierten Rippe. Die Verwachsungen waren ausserordentlich dick, besonders über dem Zwerchfell, wo sie eine fast knorpelige Beschaffenheit hatten. Die rechte Lunge war blutreich, überall krepitirend, in ihren hinteren Lappen eine geringe Kongestion darbietend. An der vorderen Fläche der linken Lunge bemerkte man einige kleine emphysematöse Stellen und in ihrem unteren Lappen eine einzelne umgränzte Tuberkelmasse in rohem Zustande. Die Luftröhre war bei ihrem Eintritte in den Thorax etwas nach links gewendet, und ebenso lagen die Wurzeln der Lungen, das Herz und die grossen Gefässe ganz in der linken Brusthälfte. Die linke Lunge erschien beim Durchschnitte überall dicht und fest, aber die mittleren Portionen liessen sich in einer kleinen Strecke aufblasen. Die Bronchialäste hatten ihr normales Kaliber

und im Lungenparenchym fand sich nirgends Erweichung oder Ablagerung. Herz und Baucheingeweide gesund.

In diesem Falle hatte die Natur gegen das Empyem sich sehr thätig erwiesen; der Erguss war vollständig absorbirt, Adhäsionen waren gebildet und die rechte Lunge hatte die Respiration vollständig übernommen. Was war die Ursache der grossen Dyspnoe und des Todes? Die Erklärung fand sich bald. Bei weiterer Untersuchung entdeckte man um den unteren Theil der Luftröhre einen Klumpen grosser tuberkulöser Drüsengeschwülste; unter der Bifurkation fand sich eine verhärtete Drüse von der Grösse eines Taubeneies, die die Luftröhre zusammenpresste, besonders den rechten Bronchus. Würde in diesem Falle die Punktion genützt haben? Wahrscheinlich nicht; die Tuberkelgeschwülste der Drüsen wären nicht dadurch beseitigt worden und hätten doch den Tod herbeigeführt. Angenommen, es wäre diese Komplikation nicht vorhanden gewesen, würde die karnifizirte linke Lunge sich ganz oder theilweise wieder ausgedehnt und ihre Funktion wieder übernommen haben? Die mittleren Portionen der Lunge wären höchstens allein wieder wegsam geworden.

Bei sehr lange bestandenem Empyem ist in der Kindheit immer auch an Tuberkelablagerung innerhalb der Brust zu denken, und dieser Umstand ist bei einer vorzunehmenden Punktion wohl zu erwägen. Ist das Empyem dagegen frisch und nicht von grossem Umfange, so ist nicht an Punktion zu denken, sondern Naturheilung durch Bethätigung der Absorption zu erstreben.

Fall 10. Georg Pittmann, 8 Jahre alt, ein zart aussehender Knabe, wurde am 18. Mai 1853 in dasselbe Spital aufgenommen. Seit einem Monate kränkelte er; er klagte über stechende Schmerzen in der Seite und hatte einen etwas kurzen Athem, war aber immer in die Schule gegangen. Die Auskultation und Perkussion ergab eine Anfüllung des linken Pleurasackes; die Brustseiten fanden sich bei der Messung von gleichem Umfange und das Herz lag unterhalb der rechten Brustwarze. Rechts war die Vibration der Stimme sehr deutlich; links fehlte sie ganz; über der ganzen linken Thoraxseite vernahm man Bronchialathmen und Bronchophonie. Hr. Birkett verordnete Salina und bemalte äusserlich die kranke Brustseite mit Jodtinktur. Bald begann die Absorption und schritt allmählig vorwärts; nach 10 Wochen war sie vollständig geschehen. Leberthran und Tonica dienten zur Nachkur. Das Kind wurde vollkommen geheilt. Die linke Lunge dehnte

sich wieder aus und füllte den Thorax vollständig aus, so dass nirgends eine Deformität sich bildete.

Die Natur hat aber zur Heilung des Empyems auch noch einen anderen Weg, als Absorption des Ergusses oder Entfernung desselben durch Bildung einer Fistel in der Brustwand.

Fall 11. W. Hull, 12 Jahre alt, ein ausgewachsener und etwas florid aussehender Knabe, mit welkem Fleische, skrophulös, wurde am 17. März 1849 von Dr. Bentley in Behandlung genommen. Seiner Angabe nach hatte er seit $1^1/_2$ Jahren gekränkelt; eine Krankheit begann mit Schmerz in der linken Seite, Dyspnoe und etwas Husten und einige Wochen nachher bekam er einen reichlichen, dicken, gelblichen, eiterartigen Auswurf, welchen der Knabe mit einem kurzen, stossenden Husten von sich gab. Dieses letztere Symptom blieb während der ganzen Dauer der Krankheit. In dem ersten Jahre des Krankseins wurde der Knabe immer hinfälliger, aber in den letzten 6 Monaten, besonders in den letzten 14 Tagen vor seiner Aufnahme hatte er sich bedeutend gebessert. Sein Zustand bei der Aufnahme war folgender: er klagte über Schmerz in der linken Seite und im Rücken, hatte Husten, der besonders zur Nachtzeit sehr beschwerlich wurde, aber durchaus nicht mit Dyspnoe begleitet war. Früher konnte er auf der linken Seite nicht liegen; nun lag er aber gewöhnlich auf derselben. Sein Appetit war gut, aber er erbrach zu Zeiten das Genossene wieder ab. Zwei- bis dreimal jede Woche trat Auswurf einer eiterigen Materie ein, worauf jedesmal ein Nachlass des Schmerzes und ein gewisses Kraftgefühl, oder wenigstens eine Abnahme der Mattigkeit folgten. In den letzten 14 Tagen haben Schmerz und Auswurf bedeutend zugenommen. Puls 100, klein und schwach; der Knabe hatte keine Nachtschweisse, keine Diarrhoe, aber gegen Abend hatte er sehr oft fieberrothe Wangen. Die linke Schulter hinabgesunken; das Brustbein erscheint hervorragend und steht ein wenig nach rechts; die Wirbelsäule zeigt eine geringe Seitenkrümmung mit nach links gewendeter Konvexität. Die Rippen der unteren Hälfte der linken Brustseite sind einander sehr genähert, wogegen sie an der rechten Seite weit von einander stehen. Die Kontraktion der linken und die vermehrte Extraktion der rechten Brusthälfte sind sehr in die Augen fallend, mag man den Kranken von vorne und von hinten ansehen. Die Perkussion ergibt einen ungewöhnlich hellen Ton überall an der rechten Brusthälfte, wogegen an den unteren zwei Dritteln der

linken Brusthälfte vorne, seitlich und hinten der Ton durchaus matt ist. Die Vibration der Stimme ist so undeutlich an der gesunden Seite, dass in dieser Hinsicht keine Vergleichung im Gegensatze zur kranken Seite vorgenommen werden kann. Das inspiratorische Geräusch ist an der rechten Seite kaum hörbar; an einigen Stellen wird ein etwas verstärkter exspiratorischer Ton vernommen. An der linken Seite hört man etwas Vesikularathmen unterhalb des Schlüsselbeines, aber weder vorne noch seitlich ist irgend ein Ton vernehmbar, mit Ausnahme der Töne des Herzens, welche mit grosser Deutlichkeit übertragen werden. Ueber dem ganzen Rücken hört man deutliche Bronchophonie, fast bis zur Pektoriloquie sich steigernd und in der Gegend des unteren Winkels des linken Schulterblattes hört man beim Athmen, Husten und Sprechen einen deutlichen metallischen Ton.

Am 13. März warf der Knabe an 6 Unzen einer dünnen eiterigen Materie aus, die mit einigen Luftbläschen gemischt war; am Tage vorher war in der linken Brusthälfte ein deutliches Gurgeln mit verschiedenem Schleimrasseln zu hören gewesen. Man hatte ein Brechmittel gegeben; darauf war am erwähnten 13. März die angegebene Eiterentleerung erfolgt und ein lauter amphorischer, metallischer Ton hatte alle anderen Töne verdrängt.

In diesem Falle hatte die Natur eine Entleerung des Empyems durch die Luftröhre bewirkt. Vermuthlich hat sich irgendwo zwischen dem linken Bronchus und dem Pleurasacke eine Kommunikation gebildet; die Oeffnung kann nur klein sein und der eiterige Inhalt des Pleurasackes konnte nur stossweise entleert werden. Eine vollständige Beendigung der Krankheit konnte in diesem Falle nicht abgewartet werden.

In einem der nächsten Hefte werden wir in der Mittheilung solcher Fälle fortfahren.

V. Wissenswerthes aus Zeitschriften und Werken.

Ueber die Behandlung des Krups durch Kauterisation des Kehlkopfes und der Luftröhre ohne Tracheotomie.

Hr. Edwin N. Chapman, M. D. in Brooklyn in den vereinigten Staaten, macht im New-York Journal of Medicine, March

1854, fünf Fälle von Krup bekannt, in welchen er, als die Krankheit, auf das Aeusserste gekommen war, Kauterisation der inneren Fläche des Kehlkopfes und der Luftröhre anwendete. Er bediente sich zu diesem Zwecke eines dünnen Fischbeinstäbchens, an welchem oben ein kleiner Schwamm befestigt war; diesen kleinen Schwamm tränkte er mit einer kräftigen Höllensteinauflösung (30 Gran auf die Unze) und führte ihn durch die Stimmritze in den Kehlkopf. Er gibt nicht an, wie er dieses Manoeuvre vollbracht hat, und wie es ihm gelungen ist, den Schwamm durch die in so vorgerücktem Stadium des Krups doch meist krankhaft verschlossene Stimmritze hindurch zu bringen, ohne dass sein Inhalt schon vorher ausgepresst wurde und in die Rachengegend und den Pharynx sich verbreitete, was freilich einer so ernsten Krankheit gegenüber wenig zu bedeuten hat und eher noch vortheilhaft ist, — was aber doch bewirkt, dass die kranke Schleimhaut des Kehlkopfes und die Luftröhre, die doch eigentlich getroffen werden soll, vom Aetzmittel nichts abbekommt. Hr. Ch. erwähnt nur, dass das Wiederherausziehen des Schwämmchens aus der krampfhaft verschlossenen Stimmritze Mühe machte, und es ist zu vermuthen, dass der eingeführte Schwamm auf die abgelagerte falsche Membran nur rein mechanisch ablösend gewirkt hat, da, wo das Resultat ein gutes gewesen war. Wäre es nicht zweckmässiger, an das Ende eines dünnen Kautschukkatheters ein Schwämmchen so zu befestigen, dass, wenn letzteres durch die Stimmritze in den Kehlkopf geschoben ist, dasselbe vom oberen Ende des Katheters durch Eingiessen oder Eintrichtern oder Einspritzen einer kräftigen Höllensteinsolution getränkt werde? Höchstens kann bei mehrmaligem Gebrauche der Katheter verdorben sein; das würde wenig zu sagen haben; man müsste nur für einen sehr gut gearbeiteten Katheter sorgen, der nicht abbricht. Von den fünf Fällen, die Hr. Ch. auf diese Weise behandelte, hatte eine zwei- bis dreimalige Kauterisation in Verbindung mit Brechmitteln einen glücklichen Erfolg; in einem 4. Falle wurde zwar der Krup beseitigt; es folgte aber Entzündung und Vereiterung der Sublingualdrüsen, und das Kind starb später atrophisch; im 5. Falle endlich war die Kauterisation nicht im Stande, dem Krup Einhalt zu thun; das Kind starb an zunehmender Obstruktion der Luftwege.

Ueber krankhafte Reizbarkeit der Blase bei Kindern und deren Behandlung.

Bei Kindern kommt krankhafte Reizbarkeit der Harnblase viel häufiger vor, als man glaubt. Sie gibt zu Erscheinungen Anlass, die man leicht verkennt oder übersieht, und es ist daher gut, einmal darauf aufmerksam zu machen. Sie ist bisweilen von kurzer Dauer; bisweilen aber erstreckt sie sich die ganze Kindheit hindurch bis zum Alter der Pubertät und veranlasst dann nicht selten geistigen und körperlichen Verfall. Das sogenannte nächtliche Bettpissen beruht meistens auf einer solchen krankhaft gesteigerten Irritabilität der Harnblase, und es ist klar, dass, wenn die Ursachen dieses abnormen Reizungszustandes nicht fortgeschafft werden, die Mittel keinen Vortheil bringen können, viel eher Nachtheil, besonders solche Mittel, welche geeignet sind, die krankhafte Reizbarkeit noch zu erhöhen, z. B. angedrohete Strafen, fortwährendes Aufreissen aus dem Schlafe u. s. w. Auch bei Tage gibt sich die krankhafte Reizbarkeit der Harnblase bei Kindern dadurch zu erkennen, dass sie sehr oft laufen müssen, ihren Urin zu entleeren, — öfter wenigstens, als es sonst Kinder zu thun pflegen, gleichsam als sind sie nicht fähig, die Herrschaft des Willens auf die Blase vollständig auszuüben und den Urin genügend zurückzuhalten. Sowie man bemerkt, dass ein kleiner Knabe oder ein kleines Mädchen ungewöhnlich oft läuft, den Urin zu entleeren, muss man schon darauf aufmerksam sein und dagegen einschreiten, damit die krankhafte Reizbarkeit der Blase nicht permanent werde und nicht in nächtliche Inkontinenz ausarte. Dass die Inkontinenz mehr bei Nacht, als bei Tage sich bemerklich macht, ist erklärlich, da des Nachts die Herrschaft des Willens ganz fehlt, und das Kind nicht dem Drange, den Urin zu entleeren, schnell genug nachgeben kann. Jedenfalls ist ein Missverhältniss zwischen Retentivkraft und Expulsivkraft, bestehend in einem Ueberwiegen der letzteren, die nächste Wirkung der krankhaften Irritabilität der Blase. „Ob hierbei, sagt Hr. H. Thompson (Lancet, July 1854, XXIV, p. 637), die Retentivkraft der Blase abnorm geschwächt, oder ihre Expulsivkraft krankhaft gesteigert ist, kann nicht genau angegeben werden. Während einige Fälle mehr auf Ersteres deuten, deutet die Mehrheit der Fälle auf Letzteres. Wenigstens sind die Ursachen der Art, dass sie eher auf Steigerung der Expulsivkraft

der Blase, als auf Schwächung ihrer Retentivkraft wirken. Die Ursachen sind verschiedenartig bei Kindern; sie sind aber meistens irritirender Art; dahin gehören die Dentition, Darmwürmer, fremde Massen im Darmkanale, unpassende rohe Nahrung, erhitzende Getränke oder Beschäftigungen kurz vor dem Schlafengehen u. s. w. Sehr häufig findet man bei solchen Kindern einen Ueberschuss von Harnsäure im Urine, die vielleicht den Reizungszustand unterhält und steigert. Man findet bisweilen bei solchen Kindern in der That den allgemeinen Gesundheitszustand angegriffen und ein zeitweiliges Kränkeln. Der allgemeine Tonus des Körpers zeigt sich vermindert, die Muskelfaser welk und schlaff und Trägheit und Schwäche oder Unlust und Mangel an Energie machen sich bemerkbar. Später mag bei der einmal eingetretenen nächtlichen Inkontinenz des Urins die Gewohnheit viel dazu beitragen, das Uebel zu unterhalten." — Es versteht sich von selbst, dass vorhandene Reize entfernt werden müssen, und dass unter Umständen ein tonisirendes, kräftigendes Verfahren eintreten muss, um Heilung zu bewirken. Häufiges Baden, namentlich kalte Bäder, Seebäder, Uebergiessungen mit kaltem Wasser, Douchen auf die Rücken- und Kreuzgegend, Aufenthalt auf dem Lande und an der Seeküste haben in vielen sehr hartnäckigen Fällen von nächtlichem Bettpissen allein schon Heilung bewirkt. Bisweilen sucht man aber vergebens nach der Ursache der durch nichts zu beseitigenden nächtlichen Inkontinenz des Urins. Das Kind sieht ganz gesund aus; es ist munter, alle seine Funktionen sind in Ordnung, es hat den besten Willen, sein Uebel zu beherrschen, und doch pisst es allnächtlich ins Bette, ohne dass irgend ein arzneiliches, physikalisches oder psychisches Mittel etwas hilft. „Im Frühlinge vorigen Jahres, sagt Hr. Thompson, hatte ich einen äusserst hartnäckigen Fall, wo das Uebel von Kindheit an bis zum 15. Jahre bestand. Der Knabe war vom Lande zu mir gebracht worden; man hat ihn bereits mit den verschiedensten Mitteln behandelt, Blasenpflaster auf das Kreuzbein gelegt u. s. w. Er sollte von seiner Familie einer bestimmten Beschäftigung anheimgegeben werden, aber sein Uebel war ein sehr arges Hinderniss. Nicht im Stande, irgend etwas Besonderes im Urine oder in den betheiligten Organen zu entdecken oder überhaupt eine Ursache aufzufinden, entschloss ich mich, zwei bis drei Wochen einen Tag um den andern einen Katheter einzuführen. Da hierauf aber nur eine geringe Besserung folgte,

so kauterisirte ich den Blasenhals mit einer Auflösung von 1 Drachme Höllenstein in 1 Unze Wasser. Ich bediente mich dazu eines eigenen Instrumentes, das ich früher einmal genauer beschrieben habe. Diese Kauterisation hatte den Erfolg, dass in den nächsten vier Wochen das Uebel ausblieb. Ich entliess nun den Knaben in seine Heimath und 6 Monate später erfuhr ich, dass er vollkommen geheilt war und der ihm bestimmten Beschäftigung sich hingeben konnte. Ich habe allerdings seitdem keine ähnlichen hartnäckigen Fälle gehabt, um das genannte Mittel weiter zu erproben. Indessen ist es sicher und wirksam, wenn es unter richtiger Indikation gehörig angewendet wird.

Extractum Nucis vomicae gegen Typhusfieber, hartnäckige Diarrhoe und Cholera der Kinder.

Die tiefe Adynamie bei typhösen Fiebern kleiner Kinder bildet einen sehr bedenklichen Zustand. Wenn es nicht gelungen ist, durch Tonica und Excitantia den Stupor und das Koma zu beseitigen, so gibt Hr. Rodrigue, ein Arzt in Amerika (American Journal of medic. Sc., January 1854), das Extractum Nucis vomicae zu $^1/_6$ bis $^1/_3$ Gran stündlich oder halbstündlich. Hr. Rodrigue rühmt dieses Mittel auch gegen rebellische Diarrhoeen und Cholera der Kinder. Bei Erwachsenen ist es gegen diese Krankheiten in Deutschland längst benutzt worden.

Zur Aetiologie und Prognose der Scharlachwassersucht.

Die Arbeit von Dr. Tripe über diesen Gegenstand (British and Foreign Medico-Chirurg. Review, Nr. XXV, January 1854) ist nicht ohne Interesse. Der offizielle statistische Bericht für England oder das General Registrar hat ihm dazu die Data an die Hand gegeben. Man weiss, wie diese Listen gebildet werden; jeder englische Arzt muss nach dem Tode eines Kranken, den er behandelt, einen sogenannten Todtenschein ausfüllen, welcher kurz die Krankheit, die Ursachen derselben und ihre Hauptzufälle angibt. Eine mathematische Genauigkeit lässt sich hierbei allerdings nicht erwarten, da einen Theils die Diagnose nicht

immer bestimmt ist und von der Subjektivität des Arztes abhängt, und anderen Theiles die Ursachen der Krankheit sich sehr schwer feststellen lassen. Man wird also immer nur eine Wahrscheinlichkeitsrechnung anstellen können, und eine solche wird bei allen statistischen Angaben auch nur erwartet und genügt auch in der That allen billigen Anforderungen. Was nun den Gegenstand betrifft, von dem hier besonders die Rede ist, nämlich die Scharlachwassersucht, so tritt uns hier sogar eine grössere Gewissheit entgegen. Denn der Scharlach lässt sich leicht erkennen; sein Eintritt macht sich bestimmt bemerklich und, was die darauf folgende Wassersucht betrifft, so ist das ein Zustand, den selbst der Laie nicht missdeuten kann. Hr. Tripe hat selbst diese Mängel, welche eine Krankheits-Statistik darbietet, hervorgehoben, allein die Schlüsse, zu denen er gelangt ist, haben darum nicht minder Werth. Er hat alle die darauf bezüglichen von 1848 bis einschliesslich 1852 gesammelten Data studirt und verglichen. Im Jahre 1848 veranlasste die Scharlachwassersucht 680 Todesfälle, von denen 582 Hautwassersucht, 38 Brustwassersucht und 50 Kopfwassersucht oder Hydrokephalus waren. Die Sterblichkeit in Folge von Scharlachwassersucht hat sich in den verschiedenen Perioden der genannten Jahre von 1848 bis 1852 sehr verschieden gezeigt; so betrug sie zu gewissen Zeiten 7, zu anderen 20,2 prC. d. h. auf 100 Fälle Scharlach. Im Verlaufe von 5 Jahren, mit Abrechnung eines einzigen Quartals des Jahres 1851, für welches die Data fehlen, fanden in London 1575 Todesfälle durch Scharlachwassersucht in einer Gesammtzahl von 284,306 Todesfällen statt. Man sieht also, dass diese Komplikation in London sehr häufig ist und es wird interessant sein, zu erfahren, ob unter derselben oder einer anderen geogr. Breite, bei verschiedenen klimatischen Verhältnissen die Häufigkeit dieser Komplikation sich mehrt oder mindert. Leider ermangeln wir überall noch genauer statistischer Sammlungen in dieser Beziehung; nicht einmal in Frankreich, wo doch die Statistik sehr ausgebildet ist, noch in Deutschland, dem Geburtslande der Statistik, hat man Listen in dieser Beziehung angelegt, und wenn auch die Todesfälle durch Scharlach überall gebucht werden, und andererseits die Todesfälle durch Wassersucht, so wird doch selten ein speziellerer Nachweis über den Zusammenhang verlangt. Den Einfluss der Jahreszeiten auf das Vorkommen und die Tödtlichkeit der Scharlachwassersucht hat Hr.

Tripe sorgfältig studirt. Er hat dabei allerdings nicht die grössere oder geringere Bösartigkeit der Epidemie überhaupt in Betracht gezogen, aber, da er immer die Zahl der an Scharlach und an Scharlachwassersucht Gestorbenen der absoluten Zahl der Todesfälle gegenüber gestellt hat, so verschwindet dieser Mangel zum Theil und gibt doch den gewonnenen numerischen Resultaten vielen Werth. Um den Einfluss der Jahreszeiten zu ermitteln, hat Hr. Tripe das Jahr in die gewöhnlichen 4 Quartale getheilt, was uns für unser Klima nicht ganz richtig erscheint. Wir müssten die Monate, welche den Sommer bilden, nämlich Juni, Juli, August und allenfalls September, als einen Abschnitt des Jahres, ferner die Wintermonate Dezember, Januar und Februar als einen zweiten Abschnitt des Jahres, dann die Frühlingsmonate März und April als einen dritten, und die Herbstmonate Oktober und November, vielleicht auch September, als einen vierten Abschnitt in sanitätlicher Hinsicht von einander trennen. Die Kalender-Quartale sind in dieser Beziehung, wenigstens in unseren Klimaten, nicht recht brauchbar. Dem sei aber, wie ihm wolle, so sind die von Hr. Tripe erlangten Resultate doch immer von Bedeutung. So hat er gefunden, dass die Sterblichkeit in Folge von Scharlach in dem ersten Quartal des Jahres durchschnittlich 16,8 prC., in dem zweiten Quartal 16,6, im dritten 21,7, und im 4ten 44,9 prC. betrug. Hieraus ergibt sich mit Entschiedenheit, dass die letzten Monate des Jahres einen sehr bösen Einfluss auf die Scharlachwassersucht haben. Wenn hier von den erwähnten 5 Jahren im Durchschnitte gesprochen wird, so hat sich allerdings in den einzelnen Jahren eine Variation gezeigt. So war im Januar 1848 die Sterblichkeit in Folge von Scharlachwassersucht nur 3,8 prC. im ersten Semester von 1852 dagegen 10,2 prC. Im Februar 1848 betrug sie 2,4 prC.; im Februar 1852 dagegen betrug sie 7,7 prC.; im März 1848 war sie 9,8 prC. und im März 1852 dagegen 8 prC. Woher kommen diese Verschiedenheiten? Beruhen sie in den verschiedenen Temperaturverhältnissen, oder in den Windrichtungen? Diese Frage bleibt noch zu lösen übrig; Hr. Tripe ist nicht der Meinung, dass die Temperatur oder die Windrichtungen auf die Intensität des Scharlachs und besonders auf die darauf folgende Wassersucht einen besonderen Einfluss ausüben; dagegen glaubt er gefunden zu haben, dass die Scharlachwassersucht während einer feuchten Witterung seltener und

milder sei, als während einer trocknen, geringer in den feuchtkalten Monaten, als in den heissen, wovon man in dem ersten Augenblicke überrascht wird, da gewiss Jeder geneigt ist, das Gegentheil anzunehmen. —

Das Geschlecht scheint auf die Sterblichkeit in Folge von Scharlachwassersucht einen entschiedenen Einfluss zu haben. So hat Hr. Tripe bei der Analyse einer grossen Zahl von Fällen gefunden, dass die männlichen Subjekte zu den weiblichen wie 60,3 zu 39,7 sich verhielten, d. h. es starben durch Scharlachwassersucht 60,3 prC. männliche und 30,7 prC. weibliche Individuen. Diese Differenz beruht darauf, dass überhaupt die Scharlachwassersucht weit häufiger bei Knaben, als bei Mädchen sich zeigt. So wurden im letzten Halbjahre 1848 in London 478 Todesfälle durch Scharlachwassersucht registrirt, davon betrafen 290 männliche und 188 weibliche Individuen; dieses gibt für das genannte Jahr 60,6 prC. Knaben und 39,4 prC. Mädchen. — Das Maximum der Mortalität in Folge von Scharlachwassersucht zeigte sich im Jahre 1850. —

Von Interesse ist das Verhältniss der Mortalität durch Scharlachwassersucht zu der Mortalität des Scharlachs überhaupt. Hier hat Hr. Tripe merkwürdiger Weise in den genannten 5 Jahren ein ziemlich gleichbleibendes Verhältniss erkannt. So fand er unter 100 an Scharlach Gestorbenen durch die konsekutive Wassersucht dahingerafft: 12,9 im Jahre 1848; 15,3 im Jahre 1849; 12,9 im J. 1850; 13,8 im J. 1851 und 12,1 im J. 1852. Zuletzt beschäftigt sich Hr. Tripe mit den eigentlichen Todesursachen in der Scharlachwassersucht. Am häufigsten fand er den Athmungs-Apparat als den Sitz des Leidens; er war in 128 Fällen tödtlicher Scharlachwassersucht 40 Mal der Sitz der Krankheit, und zwar war es besonders Pneumonie oder Pleuritis oder Pleuro-Pneumonie. In 3 Fällen war Krup, in einem Falle Laryngitis die Todesursache.

Die Urämie war nach Hrn. Tripe 37 Mal die Todesursache und in diesen 37 Fällen zeigten 27 Konvulsionen, 5 Koma und 1 tetanische Zufälle. Sehr interessante Angaben über den Urin und das Blut machen den Schluss dieses bemerkungswerthen Aufsatzes.

Nachstehende in der Verlagshandlung dieser Zeitschrift vor Kurzem erschienene Werke verdienen dem ärztlichen Publikum besonders empfohlen zu werden. Von den vielen sehr anerkennenden Kritiken kompetenter Beurtheiler, welche über diese Werke erfolgt sind, werden nur die nachstehenden hervorgehoben.

Die Krankheiten des Mastdarmes von T. B. Curling (Prof. der Chirurgie a. d. London-Hospitale). In das *Deutsche übertragen* von Dr. W. C. de Neufville (prakt. Arzte zu Frankf. a. M. etc.). Mit einem Holzschnitte. S. IV u. 124. gr. 8. geh. 20 Ngr. od. 1 fl. rhein.

Rezensionen.

Zeitschrift des norddeutschen Chirurgenvereins VII. Bd.

Nicht leicht haben wir eine Broschüre mit lebhafterem Interesse gelesen, als die vorliegende. Die an sich für die Praxis so wichtige Würdigung der in Rede stehenden Krankheiten ist es nicht allein, welche dem Werkchen seinen Werth gibt; vor Allem fesselt die einfache und doch so treffende Schilderung jener Krankheitsverhältnisse und ihrer Behandlung, die der Uebersetzer in sehr gelungener Weise wieder zu geben verstand. Hinsichtlich des inneren Gehaltes der Broschüre bekennen wir uns aus voller Ueberzeugung zu des Uebersetzers Urtheil, indem er S. VII sagt: „Curling's Werk zeichnet sich in jeder Hinsicht als eine ganz vortreffliche Schrift aus. In einem kurzen, zusammengedrängten Rahmen gibt er uns ein klares Bild von den so wichtigen Erkrankungen des Mastdarmes. Mit der grössten Sachkenntniss überliefert er dem Leser seine Erfahrungen, die als das Produkt einer massenhaften Beobachtung anzusehen sind. Seine Ansichten über die pathologischen Vorgänge, sowie seine therapeutischen Verfahrungsweisen sind ungemein klar aufgestellt; dazu wird sein Werk noch um Vieles in seinem Werthe gesteigert, dass er, als Beleg seiner Ansichten, viele interessante Fälle aus seiner Erfahrung dem Texte beigefügt hat."

Die hierhergehörigen krankhaften Zustände hat Verf. in 12 Abschnitten abgehandelt, deren Hauptinhalt bilden: das irritable Geschwür des Mastdarmes, Krampf des Schliessmuskels, Hämorrhoiden, Vorfall des Mastdarmes, Polypen desselben, Mastdarmfisteln, chronische Ver-

schwärung des Mastdarmes, Strikturen desselben, Mastdarmkrebs (Scirrhus, Encephaloid und Kolloid), Ansammlung von Fäcalmassen im Mastdarme, und Geschwülste und Auswüchse am Mastdarme.

Das Werk sei hiermit angelegentlich empfohlen.

Aus einer sehr anerkennenden Rezension in

Günsburg's Zeitschrift für klinische Medizin Bd. V.

heben wir nur deren Schlusssatz hervor. Er lautet folgendermaassen:

Wir können dem Verf. nicht über Gebühr in das Einzelgebiet folgen, und überlassen dies dem Leser, den wir überhaupt auf das treffliche Buch verweisen. Das so wenig sorgfältig ehedem gepflügte und Vielen aus äusserem Anstoss verleidete Feld ist darin sorgfältig spezialisirt worden. Die Uebersetzung ist dem Text getreu, in flüssiger Sprache, die Ausstattung sehr gefällig.

Schmidt's med. Jahrbücher Bd. 81 Heft 2.

Der Vf. der mit dem Jackson'schen Preise belohnten Schrift über den Tetanus, der sich uns auch in seiner Abhandlung über die Krankheiten der Hoden als einen bewährten Praktiker bereits zu erkennen gegeben hat, führt uns hier die Krankheiten des Mastdarmes in so klaren Bildern vor, dass derjenige, der am Krankenbette dieselben beobachtet hat, sie lebend vor sich zu sehen glaubt.

Nach einer ausführlichen Besprechung des Inhalts schliesst Rec.:

Somit hätte ich nun eine getreue Analyse der Schrift von C. gegeben, welche die Erfahrungen eines redlichen, gewissenhaften Praktikers über die Krankheiten des Mastdarmes geliefert hat. Auf jeder Seite erkennt man den vielseitig durchgebildeten Chirurgen und den eben so feinen, als wahren Beobachter, dessen Schrift überdies dadurch einen erhöhten Werth gewinnt, dass ihm eine so reiche Erfahrung als Arzt in einer Weltstadt wie London und als Chirurg an einem grossen Hospitale zur Seite steht. Vorliegende Arbeit reiht sich würdig an jene über denselben Gegenstand von Brodie und Syme an. Die beigefügten Krankheitsgeschichten sind, wenngleich in geringer Anzahl, doch äusserst belehrend und interessant, und würden allein schon dem Vf. den Dank der Freunde der Wissenschaft sichern.

Der Anfang einer höchst günstigen ausführlichen Besprechung in den

medizinischen Neuigkeiten 1854 Nr. 9.

lautet folgendermaassen:

Wieder ein allen Praktikern äusserst empfehlenswerthes Werkchen aus der englichen Literatur, für dessen Einführung in unsere Kreise wir dem Uebersetzer dankbar sein müssen.

Geburtshilflich - praktisches Vademecum für Studirende und Aerzte. Mit besonderer Hinsicht auf Scanzoni's Lehrbuch bearbeitet von Dr. J. Mair, prakt. Arzte und Geburtshelfer. 12. VI und 288 Seiten. geh. 24 Ngr. oder 1 fl. 24 kr. rhn.

Rezensionen.

Zeitschrift des norddeutschen Chirurgenvereins VIII. Bd.

Was den Verf zur Bearbeitung dieses Vademecum veranlasst und welche Idee ihn dabei geleitet, ersieht man am Besten aus des Verf.'s eigner, als Vorwort gegebenen Erklärung. Das vorliegende Schriftchen, sagt Vf., ist aus dem eigenen Bedürfnisse desselben hervorgegangen, „für das Fach der praktischen Geburtshilfe, in welchem — das Treffen — der bestimmten und sicheren Indikation oft so schwierig ist, und, wo oft der anfangende Praktiker unter dem Eindrucke der grössten Verantwortlichkeit, stundenweit von kollegialer Berathung entfernt, das Bedürfniss raschen Entschlusses und raschen Handelns fühlt, sich selbst einen Rathgeber und Wegweiser in den konkreten Fällen des täglichen Lebens an die Hand zu stellen."

„Der Charakter des Schriftchens ist auf das Kasuistische und das Prinzip der Anschauung gebaut, in möglichst vereinfachter Darstellung des Einzelnen, gegenüber der reichlichsten Vielgestaltung an Erfahrungen und Lehren der Praxis. Durch plastisch-anschaulichen Vortrag ist die Beigabe von Holzschnitten entbehrlich zu machen gesucht worden. Dem operativen Theile und den Indikationen ist natürlich die grösste Aufmerksamkeit gewidmet, übrigens der Gesammtinhalt, wenn gleich vorwaltend dem praktischen Interesse und dem nächsten Zwecke des Werkchens zum Mitführen in der Instrumententasche und zur schnellen Orientirung in konkreten Fällen zugewandt, — doch auch durch Inbegriff alles Wesentlichen aus dem Gesammtgebiete der praktischen Geburtshilfe auf das Selbststudium des Anfängers berechnet, und dürfte daher das Schriftchen auch besonders zur Vorbereitung auf die praktischen Prüfungen dieses Faches für Studirende empfehlenswerth erscheinen. Zum schnellsten Auffinden sind im sorgfältigsten Detail gehaltene Register beigegeben."

Dass der Zweck des Verfassers als ein durch ein „Bedürfniss" gebotener sich rechtfertigen lässt, kann man vom praktischen Standpunkte in der That nicht zurückweisen. Natürlich darf dabei von einer Bereicherung der Geburtshilfe als Wissenschaft nicht die Rede sein. Indess können wir über den Werth des Werkchens hinzufügen, dass sein Inhalt durch zweckmässige Anordnung und übersichtliche, präzise Darstellung den oben vom Verfasser ausgesprochenen Absichten in vollem Masse entspricht, und wir die Ueberzeugung gewonnen haben, dass manchem, namentlich dem angehenden Praktiker, mit diesem Büchlein herrlich gedient sein wird.

In den

Medizinischen Neuigkeiten 1854 Nr. 4

heisst es unter Anderem:

Wo war aber ein solcher kurzer praktischer Leitfaden wünschenswerther, als in der Geburtshülfe, wo, wie der Verfasser so treffend in seiner Vorrede bemerkt, nicht blos „der anfangende Praktiker unter dem Eindruck der grössten Verantwortlichkeit, stundenweit von kollegialer Berathung entfernt, das Bedürfniss raschen Entschlusses und raschen Handels fühlt", ihm daher ein Rathgeber und Wegweiser doppelt Noth thut, als den Wenigsten in ihren Lehrjahren vergönnt ist, gerade in der Geburtshülfe viele eigene Erfahrungen zu sammeln und nach selbstgefassten Entschlüssen auch selbst Hand anzulegen.

Es war demnach ein schon längst gefühltes Bedürfniss, einen solchen Anhaltspunkt auch für den praktischen Geburtshelfer zu besitzen, dem bereits der treffliche allzubald verstorbene Repetitor der Würzburger Hebammenschule Dr. Schirlinger genügen wollte. Leider starb er vor Ausführung dieses seines Lieblingswunsches und es blieb unserem Hrn. Verf., diesem allgemeinen Bedürfnisse abzuhelfen. Er hat nach unserer Ueberzeugung seine Aufgabe vollkommen gelöst und dem Praktiker etwas geliefert, was vollständig geeignet ist, die fehlenden eigenen Erfahrungen zu ergänzen oder selbst zu ersetzen. Wir können daher allen Kollegen, namentlich auf dem Lande, nicht warm genug dieses Werkchen zur Beachtung empfehlen.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1854 Nr. 24.

Ce manuel comprend, sous un petit volume, une analyse brève et assez complète de tout ce qui a trait à l'art des accouchements.

Ainsi, à l'étude proprement dite de la grossesse à ses diverses périodes, depuis la conception jusqu'à la naissance du foetus, M. J. Mair a annexé l'exposition des accidents principaux qui peuvent se manifester avant ou après l'accouchement, en indiquant chaque fois les préscriptions thérapeutiques à remplir.

Besprechungen.

Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer IV. Band.

Dieses Werk besteht aus 5 Abschnitten:

I. Physiologie in 5 Kapiteln.

Im ersten Kapitel (Mundhöhle, Nasenhöhle, Kieferhöhle, Zähne) ist nur auf das Rücksicht genommen, was in den Handbüchern der Anatomie und in dem früher erschienenen Handbuche der Zahnheilkunde ungenügend oder gar nicht erwähnt ist.

2tes Kapitel. Die Struktur der gesunden Zähne nach dem neuesten Standpunkte der mikroskopischen Untersuchungen.

3tes Kapitel. Die Struktur der kranken Zähne. Beide erläutert durch 18 Figuren in 6 auf Stahl gestochenen Platten.

4tes Kapitel. Das Zahnleben, und 5tes Kapitel: Bildung der Zahnkeime.

II. Chirurgie in 4 Kapiteln.

Krankheiten des Zahnfleisches, der Zahnhäute, der Nerven, der harten Theile.

III. Operationslehre.

Im Artikel: Instrumente zum Ausziehen der Zähne verweist der Verf. auf die im 2ten Bande seines Handbuchs der Zahnheilkunde ausführlich beschriebenen Instrumente und erwähnt hauptsächlich der in den neuesten Zeiten in England und Amerika gebrauchten Zangen, von welchen 7—8 Paar nöthig sind, und deren Haupteigenschaft darin besteht, dass das Gebiss für jede Gattung Zahn besonders konstruirt sein muss, der Wurzel- und Splitterzange, der Schlüssel- und Schraubenzange.

IV. Technik in 11 Kapiteln.

Die Kunst der Verfertigung künstlicher Zähne (einzelner und ganzer Gebisse), künstlicher Gaumen, Nasen, Ohren und Lippen und der Maschinen zur Geradrichtung der Zähne.

Diese 4 Abschnitte sind im Verhältniss zum Materiel möglichst concis, aber leicht verständlich geschrieben.

V. Geschichte und Literatur, erstere erschöpfend und letztere sehr reichhaltig.

Der durch seine früheren literarischen Arbeiten in diesem Fache rühmlichst bekannte Hr. Verfasser macht in diesem Werke den Leser nicht nur mit dem heutigen Standpunkte dieses Zweiges der Heilkunde, sondern auch in dem 5ten Abschnitte mit den Leistungen der Vorfahren genau bekannt, und ist dasselbe daher nicht allein Denjenigen, welche ausschliesslich die Zahnheilkunde ausüben, sondern auch den Aerzten und Wundärzten, welche sich für diesen Zweig interessiren, sehr zu empfehlen.

Die technische Ausstattung des Buches lässt nichts zu wünschen übrig.

Zeitschrift des norddeutschen Chirurgenvereins VI. Bd.

Ein näheres Studium des ganzen Werkes gibt uns die Ueberzeugung, dass wir zur Zeit ein anderes dermassen ausgezeichnetes Werk über Zahnheilkunde nicht besitzen und veranlasst uns, dasselbe unseren Lesern zu spezieller Belehrung auf's Beste zu empfehlen.

Medizinische Neuigkeiten 1851 Nr. 47.

Das erste Handbuch der Zahnheilkunde, welches der Verf. 1848 vollendet hatte, ist wohl Allen bekannt. Es hat derselbe seit jener Zeit nicht nur selbst wieder viele neue Entdeckungen und Verbesserungen in dieser Wissenschaft gemacht, sondern auch die fremde Literatur gründlich studirt, namentlich auch die von England, welche dem Deutschen noch sehr wenig bekannt war, und die von Nordamerika, welche man hier noch gar nicht kannte, obgleich in jenem Lande sehr viel für die Zahnheilkunde geschehen ist. Auf diese Weise wird der neueste Standpunkt der Zahnheilkunde wirklich dargestellt, und zwar möglichst kurz, damit nicht nur Zahnärzte, sondern auch Aerzte, dieses wichtige Werk studiren können. Von den letzteren ist zu wünschen, dass sie sich mehr als bisher diesem Gegenstande widmen mögen, da die Zähne auf die Gesundheit von so hohem Einflusse sind. Die langjährigen physiologischen und pathologischen Untersuchungen des Verf., so wie seine grosse praktische Erfahrung, welche uns bereits durch sein Handbuch bekannt sind, geben schon sichere Garantie auch für den Werth des vorliegenden Werkes. Da fast Alles darin neu ist, so kann das Einzelne hier nicht erwähnt werden, und wir begnügen uns deshalb, dasselbe als

ein vorzügliches, und das beste Werk, welches über diesen Zweig der ärztlichen Wissenschaft geschrieben ist, unseren Lesern angelegentlichst zu empfehlen.

Die Krankheiten des Orients vom Standpunkte der vergleichenden Nosologie betrachtet, von Dr. F. Pruner. Mit einer Kpfrtaf. Lex.-8. VIII u. 472 S. 2 Thlr. 18 Ngr. oder 4 fl. 30 kr. rhn.

In der

Allgemeinen Literaturzeitung 1848 Nr. 236

heisst es unter Anderem über dieses Werk:

In der That vereinigt sich in unserem Verf. Alles, was man im Interesse der Wissenschaft nur fordern kann; wissenschaftliche Bildung (der Verf. hat seine medizinischen Studien in München insbesondere unter der Leitung des verdienstvollen Grossi's gemacht, dessen Manen er auch seine Schrift gewidmet); Kenntnisse, vertraute Bekanntschaft mit älterer und neuerer Literatur, insbesondere auch mit seinen Vorgängern auf diesem Gebiete des Wissens, Forschungstrieb, Beobachtungsgabe u. s. w. Begünstigt durch solche Verhältnisse und ausgerüstet mit solchen Eigenschaften, ist es ihm nun auch gelungen, uns ein Bild von den Krankheiten des Orients zu entwerfen, wie es bis jetzt in der Literatur noch nicht vorhanden sein dürfte, denn namentlich steht Das, was die Franzosen über Aegypten während ihrer Expedition gesammelt haben, an Genauigkeit und Ausführlichkeit weit hinter den Forschungen des Verf.'s zurück.

Neue mediz.-chirurg. Zeitung 1848 Nr. 4.

Indem wir die Schriften *) des ausgezeichneten Verf.'s, denen wir zahlreiche Leser wünschen, aus der Hand legen, danken wir ihm für die vielfältige Belehrung, welche uns dieselben gewährten, und bezeugen für seine wissenschaftlichen Bestrebungen und für seine vielen Verdienste, die er sich um die gesammte Heilkunde erwarb, um so aufrichtiger unsere Hochachtung, als in Egypten Klima und persönliche Umgebung sonst gleichsam konspiriren, um den wissenschaftlichen Sinn zu lähmen.

---

*) Dem Herrn Rez. lag zugleich die Schrift des Verf.: Topographie médicale du Caire avec le plan de la ville et des environs (8. geh. 1 Thlr. od. 1 fl. 36 kr.) vor.

Gersdorf's Repertorium der deutschen und ausländischen Literatur 1847. IV.

Der Verf. dieses höchst interessanten und wichtigen Buches reiste im J. 1831 in Frankreich, Griechenland, Cypern, Syrien; wirkte als Prof. der Anatomie 1832 an der medizin. Schule zu Abuzabl in Aegypten, durchreiste Malta, Sicilien und Italien 1833, dirigirte die Centralspitäler zu Kairo und Kassr-el-ain vom J. 1834 — 1839, bereiste Arabien 18³⁵/₃₆, und lebte 1840 — 1846 als Leibarzt des Enkels des Vicekönigs Abbas-Pascha in Kairo. Das Viele, was er in diesem Zeitraume in verschiedenen Ländern des Orients als Arzt zu sehen Gelegenheit hatte, sah er mit einem durch gründliches Studium der Naturwissenschaften geschärften Blicke; seine Darstellung der eigenthümlichen Krankheitserscheinungen des Morgenlandes zeichnet sich deshalb vor ähnlichen Arbeiten auf rühmliche Weise dadurch aus, dass er, statt die einzelnen Krankheitsbilder von ihren Umgebungen und dem charakteristischen Hintergrunde losgelöst uns vorzuführen, sie mit allem diesen erforderlichen Nebenwerke zur Anschauung des Lesers bringt, dass er den Zusammenhang und die mannichfachen Wechselwirkungen hervorhebt, in denen das Leben der Bewohner jener Länder im kranken und gesunden Zustande zu den Eigenthümlichkeiten der todten und lebenden Natur steht; dass er sich bestrebt, jenes durch diese zu erklären und zu zeigen, wie nur durch umsichtige Berücksichtigung gedachter Momente eine richtige Erkenntniss und Behandlung der jenen Ländern eigenthümlichen Krankheitsformen zu Stande kommen könne.

Von demselben Herrn Verfasser erschien in gleichem Verlage:

Die Weltseuche Cholera oder die Polizei der Natur. gr. 8. 114 S. geh. 16 Ngr. oder 48 kr.

Rezensionen.

Medizinische Centralzeitung 1851 Nr. 90.

Das gegen 8 Bogen umfassende Buch enthält in seinem ersten Abschnitt eine sorgfältig geschriebene Geschichte der Choleraepidemieen in Aegypten vom Jahre 1831 bis zum Jahre 1850. Ein zweiter Abschnitt behandelt, von der ägyptischen Epidemie abstrahirend und ziemlich in's Einzelne gehend, die Fragen über die Entstehung und Verbreitung der Cholera überhaupt und schliesst die ganze Schrift mit einer wiederum an die vom Verf. beobachteten Epidemieen in Aegypten anknüpfenden Therapie. Es ist gewiss von

höchstem Interesse zu erfahren, wie die moderne Pest sich in einem Lande gestaltet, wo die Pulsschläge der Natur, dem Gange eines Uhrwerkes ähnlich, mehr sichtbar und fühlbar als anderswo sich äussern, welche Nüancen bei den verschiedenen Völkerstämmen, die in Aegypten heimisch sind oder reisend das Land durchziehen, in den Erscheinungen der Cholera sich kundgeben, und welche Einflüsse gerade in diesem Lande die Krankheit, deren Ansteckungsfähigkeit P. übrigens läugnet, hervorriefen oder ihre Ausbreitung begünstigten; der erste Abschnitt des vorliegenden Buches ist, bei der reichen Erfahrung seines berühmten Verf., ganz geeignet, dem ärztlichen Leser in dieser Beziehung die ergiebigste Belehrung zu bieten.

Mediz. Neuigkeiten 1851 Nr. 10.

In der hier vorliegenden Schrift handelt Verf. über die Cholera, die er eine Weltseuche nennt, aber ihr zugleich das Epitheton beilegt: Die Polizei der Natur. Dieser Beisatz wird demjenigen nicht sonderbar erscheinen, der die Schrift durchgelesen hat; der Verf. stellt sich auf einen höheren Standpunkt und bemüht sich, die genannte Krankheit im Ganzen, im Grossen aufzufassen und so bestimmte Anhaltspunkte hinsichtlich der Genesis und der Verbreitung der Krankheit zu ermitteln. Er ist dabei keineswegs weitschweifig; man hat nicht eine langweilige, breite Geschichte aller Choleraepidemieen, sondern es werden nur die in Aegypten stattgehabten kurz geschildert, aber gerade dieses Land, in dem die Natur einen durchaus regelmässigen, periodischen Gang befolgt, befähigt mehr, wie irgend ein anderes, jede anomale Erscheinung klar aufzufassen, und die Bedingungen ihres Entstehens zu ermitteln. Diejenigen, denen darum zu thun ist, ihr Urtheil über die Genesis der Cholera, über deren Kontagiosität oder Nichtkontagiosität aus dem engen, vielleicht verwirrten Gesichtskreise ihres praktischen Wirkens heraus in einen klareren weiteren zu versetzen, müssen die vor uns liegende kleine Schrift selber lesen.

Medizinische Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen 1851 Nr. 36.

Wir empfehlen die Schrift vor Allen denjenigen Aerzten, welche durch amtliche Stellung zur sanitäts-polizeilichen Wirksamkeit berufen sind.

Register zu Band XXII.

(Die Ziffer bezeichnet die Seite.)

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Unter Mitwirkung der Herren

DD. Barthez, Arzt am Hospital St. Marguerite zu Paris, **Berg,** Medizinalrath u. Professor der Kinderklinik zu Stockholm, **Hauner,** erster Arzt der Kinderheilanstalt zu München, **Mauthner von Mauthstein,** Ritter u. Direktor des St. Annen-Kinderhospitales zu Wien, **Rilliet,** dirigirender Arzt d. Hospitales zu Genf, **Stiebel,** Geheimerath, Direktor des Christ'schen Kinderhospitales in Frankfurt am Main, **Weisse,** Staatsrath, Ritter u. Direktor des Kinderhospitales zu St. Petersburg, und **Ch. West,** erster Arzt des Kinderspitales in Great-Ormond-Street zu London,

herausgegeben

von

Dr. Fr. J. Behrend, u. **Dr. A. Hildebrand,**

prakt. Arzte und Mitgl. mehrerer gel. Gesellschaften. — k. Sanitätsrathe und prakt. Arzte in Berlin.

Band XXIII. (Juli — Dezember 1854.)

ERLANGEN. PALM & ENKE.
(Adolph Enke.)
1854.

Druck von Junge und Sohn in Erlangen.

Inhalts-Verzeichniss zu Band XXIII.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

II. Analysen und Kritiken.

III. Berichte und Korrespondenzen.

IV. Kliniken und Hospitäler.

V. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Seite

Société de Chirurgie in Paris.

Société médicale des Hôpitaux in Paris.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankh. werden erbeten u. nach Erscheinen jedes Heftes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben od. den Verlegern einzusenden.

[BAND XXIII.] ERLANGEN, JULI u. AUG. 1854. [HEFT 1 u. 2.]

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Ueber Epilepsie, Blödsinn und Irrsinn der Kinder, von Charles West, M. D., Mitglied des K. Kollegiums der Aerzte in London, Arzt am Hospitale für kranke Kinder und am St. Bartholomäus-Hospitale daselbst *).

I. Epilepsie bei Kindern.

Ein peinvolles Interesse knüpft sich an die Konvulsionen der Kindheit, abgesehen von der Angst, die sie an sich erregen, selbst wenn sie nicht sogleich zum Tode führen. Es ist die Furcht vor ihrer Beharrlichkeit, — die Furcht, es könnte durch sie das Nervensystem des Kindes eine solche Erschütterung erleiden, dass die Anfälle in irgend einer späteren Periode des Lebens sich wieder einstellen, — dass die Konvulsionen der ersten und zweiten Kindheit zur Epilepsie im Jünglings- und Mannesalter ausschlagen. Auch ist diese Furcht wirklich nicht ohne Grund, denn von 68 Fällen, welche die Basis von Herpin's fleissigem Werke über Epilepsie bilden (Herpin, Du Pronostic etc. de l'epilepsie, Paris, 1852, 8. p. 336), datirten 17 Fälle oder 25 prC. ihren Ursprung aus den ersten 5 Lebensjahren, und von 27 Fällen, welche mir selber zur Beobachtung kamen, und zwar bei jugendlichen Subjekten unter dem 14ten Lebensjahre, datirten 17 ihren Ursprung aus den ersten 4 Jahren des Lebens, 7 entwickelten sich zwischen dem 5ten und 10ten, und 3 zwischen dem 10ten und 12ten Lebensjahre.

---

*) Originaleinsendung in englischer Sprache.

Uebersicht der Lebenszeit, in welcher die Epilepsie begann.

Jahr des Beginnens	männliche	weibliche	zusammen
unter 6 Monaten	—	2	2
zwischen 6—12 Monaten	2	1	3
1 bis 2 Jahr	3	2	5
2 „ 3 „	2	3	5
3 „ 4 „	1	1	2
4 „ 5 „	—	—	—
5 „ 10 „	6	1	7
10 „ 12 „	2	1	3
	16	11	27

Es sind jedoch so viele andere Fragen hinsichtlich der Epilepsie erhoben worden, und unsere Data zur Lösung derselben sind so mager, dass ich in eine andere tabellarische Uebersicht einige der wichtigeren Facta, welche diese Krankheit dargeboten hat, zusammengeworfen habe. Die Zahl von Beobachtungen, aus welchen diese Facta entnommen sind, ist eigentlich noch viel zu gering, um von grossem Werthe zu sein, indessen gewähren sie immerhin einige wichtige Anhaltspunkte für die weitere Forschung und eröffnen wenigstens die Bahn, die eine spätere Zeit weiter verfolgen kann.

Uebersicht
der 27 vorgekommenen Fälle.

Männlich	Weiblich	Alter, wann die Krankheit eintrat.	Alter, wann die Kranken zuerst gesehen wurden.	Muthmaassliche Ursachen.	Geisteszustand.
—	1	1. Woche	10. Jahr 10. Monat	Keine	idiotisch.
—	1	3. Monat	4. Jahr	Gehirnentzündung	desgl.
—	1	7. Monat	6. Jahr	Keine	nicht affizirt.
1	—	9. Monat	3. Jahr 2. Monat	Zahnung	idiotisch.
1	—	10. Monat	— 11. Monat	Zahnung	desgl.
1	—	1. Jahr	2. Jahr 3. Monat	Zahnung	desgl.
—	1	1. Jahr	6. Jahr	Keine	geisteskrank.
1	—	1. Jahr 2. Monat	7. Jahr 11. Monat	Zahnung	nicht affizirt.
—	1	1. Jahr 3. Monat	1. Jahr 11. Monat	Keine	desgl.
1	—	1. Jahr 6. Monat	4. Jahr	Keine	desgl.
—	1	2. Jahr	4. Jahr 1. Monat	Keine	desgl.
—	1	2. Jahr 2. Monat	2. Jahr 6. Monat	Scharlachfieber	idiotisch.
1	—	2. Jahr 2. Monat	7. Jahr	Zahnung	nicht affizirt.
—	1	2. Jahr 3. Monat	3. Jahr 6. Monat	Keine	idiotisch.
1	—	2. Jahr 4. Monat	3. Jahr 2. Monat	Keine	nicht affizirt.
7	8	Transport			

Männlich	Weiblich	Alter, wann die Krankheit eintrat.	Alter, wann die Kranken zuerst gesehen wurden.	Muthmaassliche Ursachen.	Geisteszustand.
1	1	3. Jahr	4. Jahr 3. Monat	durch Erblichkeit	nicht affizirt.
—	—	3. Jahr 4. Monat	6. Jahr	Keine	desgl.
1	—	5. Jahr	13. Jahr	Schreck, älterer Bruder epileptisch	desgl.
1	—	6. Jahr	11. Jahr 4. Monat	Schreck, hatte einen Anfall im 17. Lebensmonate	desgl.
1	—	6. Jahr 5. Monat	8. Jahr 5. Monat	Keine	desgl.
1	—	7. Jahr	8. Jahr	Keine, hatte einen Anfall im 8. Lebensmonate	desgl.
—	1	7. Jahr 10. Monat	10. Jahr 10. Monat	Keine	von Zeit zu Zeit gemüthskrank.
1	—	— 8. Monat	— 9. Monat	Keine	nicht affizirt.
1	—	9. Jahr 3. Monat	9. Jahr 5. Monat	durch Ererbung	desgl.
—	1	10. Jahr	10. Jahr	Schreck	desgl.
1	—	10. Jahr 4. Monat	11. Jahr	Fall	desgl.
1	—	11. Jahr $4^1/_2$ Monat	11. Jahr 9. Monat	Keine	desgl.
9	3				
7	8	. . Transport von voriger Seite.			
16	11	. . Summa.			

Der Einfluss der erblichen Prädisposition auf die Entstehung der Epilepsie ist zu wohl bekannt, um einer weiteren Erörterung zu bedürfen *). Die Erblichkeit ist in den beobachteten 27 Fällen 3 Mal oder in 11 prC. notirt; es ist dies ein sehr hohes Verhältniss, welches wahrscheinlich durch eine grössere Zahl von Beobachtungen etwas modifizirt worden wäre. In 11 von den 27 Fällen wurde ein Anlass als Ursache der Anfälle bezeichnet, nämlich Schreck in 3 Fällen, Erschütterung des Kopfes in 1 Falle, Gehirnentzündung in 1 Falle, Scharlachfieber in 1 Falle und Zahnung in 5 Fällen. Wenn es auch sehr wahrscheinlich ist, dass der angegebene Anlass der Anfälle nicht immer der richtige gewesen, so verdient doch das blosse Factum, dass in 5 Fällen die Krankheit gerade zu der Zeit eintrat, als der Zahnungsprozess mit Lebhaftigkeit vor sich ging, als ein neuer Beweis der eigenthümlichen Reizbarkeit des Nervensystems in dieser wichtigen Periode der Körperentwickelung beachtet zu werden. —

Ich bin bemüht gewesen, den Gemüthszustand in diesen Fällen näher anzugeben, aber in einer blos tabellarischen Uebersicht gestatten diese Angaben nur eine sehr unvollkommene Rücksichtsnahme; denn in vielen Fällen, wo der Geisteszustand als nicht affizirt angegeben ist, war das Kind träge, gedächtnissschwach oder in der geistigen Entwickelung gegen sein Alter zurückgeblieben. Bei 3 Knaben und 4 Mädchen war die Geistesschwäche bis zum wirklichen Blödsinn geartet, welcher bei einem Mädchen gelegentlich mit Anfällen von maniakalischer Aufregung verbunden war, und bei 2 anderen Mädchen koëxistirten die epileptischen Anfälle mit so eigenthümlichem Wesen und Betragen, dass ich mich für berechtigt hielt, sie als Fälle von wirklicher Geisteskrankheit anzuführen. Obwohl diese Fälle nicht ausgewählt sind, so ist es doch möglich, dass sie hinsichtlich der in Verbindung mit Epilepsie in der Kindheit vorkommenden Geisteskrankheiten eine viel trübere Vorstellung gewähren, als die Wirklichkeit in der That zeigt, aber selbst, wenn dem auch so sei, so liegt genug in ihnen, um die grosse Angst und Besorgniss, womit wir die Epilepsie bei Kindern betrachten, zu rechtfertigen.

---

*) Harpin (im angeführten Werke, p. 328) schätzt die Häufigkeit der Epilepsie auf 4 bis 5 mal grösser in den Familien der Epileptiker, als in der Bevölkerung im Allgemeinen.

Der Geisteszustand der Kinder bietet eine Besonderheit dar, die nicht aus den Augen verloren werden darf, wenn wir den Einfluss störender Ursachen auf ihn abzuschätzen bemüht sind; es ist nämlich der Umstand, dass die Geistesthätigkeit des Kindes noch nicht entwickelt ist, und dass sie erst theilweise und unvollkommen sich ausgebildet hat, und dass folglich sie leichter als im späteren Leben getrübt wird. In 6 von den 9 Fällen, in welchen der Geisteszustand als merklich affizirt angeführt ist, datirten die epileptischen Anfälle auf die ersten Jahre des Lebens zurück; in 2 anderen Fällen waren die Kinder zwischen 2 bis 3 Jahren, und nur in einem Falle war das Kind 8 Jahre alt, als die Epilepsie begann. Es scheint in der That, als ob der Schluss, der aus diesen Thatsachen gezogen werden kann, in viel höherem Grade Geltung findet, als man im ersten Augenblicke anzunehmen geneigt sein möchte, und als könnte man es als allgemeine Regel aufstellen, dass, je früher die Epilepsie im Leben hervortritt, die Einwirkung dieser traurigen Krankheit auf den Geisteszustand desto ernster wird.

Herr Cazauvielh (Archives génér. de Médecine. Janvier 1826 p. 43) gibt in seinem Aufsatze über die Verbindung zwischen Epilepsie und Geisteskrankheit als das Resultat einer Vergleichung zwischen 26 epileptischen Frauenspersonen, bei denen die Krankheit vor der Menstruation und 26, bei denen sie nach Entwickelung der Menstruation sich eingestellt hatte, den Satz, dass bei 19 der ersteren und bei nur 10 der letzteren Kategorie die Epilepsie mit Geistesstörung verknüpft war. Diese Thatsachen muss man immer in Erwägung ziehen, wenn man über einen Fall von Epilepsie bei einem Kinde konsultirt wird, und daher in seiner Prognose sich dadurch bestimmen lassen.

So weit meine Kenntniss reicht, stimmen die allgemeinen Charaktere der Epilepsie bei Kindern vollkommen mit denen überein, welche diese Krankheit im späteren Leben zeigt. Ich habe gefunden, dass die Form von Epilepsie, welche man „petit mal" genannt hat, bei Kindern mehrere Monate bestand, und endlich doch in regelmässige epileptische Anfälle überging. Und in diesem Augenblicke beobachte ich einen 8½ Jahr alten Knaben, bei welchem das häufige Eintreten eines durch nichts veranlassten und auch nur momentanen Schwindels die Annäherung der Epilepsie anzudeuten scheint. Bei dem Kinde habe ich bisweilen während des Anfalles eine nur unvollkommene Bewusstlosigkeit

wahrgenommen, und zwar trotz sehr auffallender konvulsivischer Bewegungen, und dagegen Anfälle mit vollkommener Bewusstlosigkeit, die dann und wann bei demselben Kranken eintraten und von längerer Dauer, obwohl nicht mit grösseren Krämpfen begleitet waren, als diejenigen Anfälle, in welchen die Bewusstlosigkeit nur unvollkommen war. In einem Falle gingen die mit grosser Aufregung und unzusammenhängendem Schwatzen begleiteten Anfälle blosser Unruhe im Verlaufe weniger Monate in regelmässige epileptische Anfälle über. In einem anderen Falle hatte ein Mädchen, welches in dem Alter von 10 Jahren und 10 Monaten zu mir in Behandlung gekommen war, zuerst einen Anfall von allgemeinen Krämpfen gehabt, als sie 8 Jahre alt gewesen, ohne dass ein Anlass dazu ermittelt werden konnte. Seit dieser Zeit hatte die Kleine gelegentlich Anfälle von grosser Aufregung in ihrem Wesen und Benehmen, und damit hatte sich während eines Zeitraumes von 6 Monaten eine Art kataleptischen Zustandes verbunden, in welchem sie 1 bis 2 Minuten unbeweglich still stand, wild und stier vor sich hinblickend und einige unzusammenhängende Worte murmelnd, welche auf irgend einen Gegenstand, den sie sah, Bezug hatten, obwohl sie nicht dazu gebracht werden konnte, ihre Vorstellungen genau zu beschreiben. Etwa 11 Monate nach dem Beginnen dieser Anfälle verloren sie diesen eigenthümlichen Charakter und wandelten sich in regelmässige epileptische Anfälle um, und in den Zwischenzeiten zwischen den Anfällen hatten das Wesen und Benehmen der Kleinen, wenn auch oft ganz vernünftig, doch sehr häufig etwas Irrsinniges an sich. Bei einem 9 Jahre alten Knaben, bei welchem die epileptischen Anfälle ohne alle wahrnehmbare Ursache eingetreten waren und seit einem Jahre sich so gehäuft hatten, dass sie 3 bis 4 Mal wöchentlich und manchen Tag mehr als 1 Mal kamen, hatte sich eine Art maniakalischer Aufregung eingestellt, in welche er gelegentlich verfiel und dann auf andere Kinder losprügelte, die ihm durchaus nichts gethan hatten, und wobei er in der That sich bewusst zu sein schien, dass er unrecht handle.

Die erwähnten Eigenthümlichkeiten scheinen fast gänzlich von der grösseren Schwäche der intellektuellen und moralischen Kräfte in der Kindheit und ihrer daraus entspringenden grösseren Geneigtheit zu Störungen, als es bei Erwachsenen der Fall ist, unabhängig zu sein. Es zeigt sich dieses, wie auch zu erwarten

ist, ganz deutlich in den Fällen, in denen die Epilepsie erst in dem 5ten oder 6ten Lebensjahre oder etwas später aufgetreten ist; die Konvulsionen, welche in einer noch früheren Zeit des Lebens auftreten, führen zu einer noch vollständigeren Trübung der Geisteskräfte, und die Fälle, in denen sie sich so eingestellt haben, zeigen sich uns oft als Beispiele von Epilepsie mit Blödsinn komplizirt, und zwar mehr noch als Fälle von Epilepsie, in denen die Geistesstörung durch die häufige Wiederkehr der Anfälle hervorgerufen worden ist. —

Sehr oft ist an uns in der Praxis die Frage gerichtet worden: ob die Krämpfe, von denen Kinder heimgesucht sind, wohl in Epilepsie ausarten werden, oder ob Hoffnung vorhanden sei, dass bereits ausgebildete epileptische Anfälle mit der Zeit wohl wieder gänzlich ausbleiben werden? Leider sind wir bis jetzt noch nicht im Besitz von solchen Daten, die uns befähigen, die eine oder die andere Frage mit Sicherheit zu beantworten. Ich glaube nicht, dass diejenigen Anfälle von Krampf, bei denen Spasmus glottidis ein vorherrschendes Symptom ist, oft in wirkliche Epilepsie übergehen; lang anhaltendes Kämpfen ist keine charakteristische Erscheinung derselben, sondern viel öfter Schläfrigkeit oder Stupor gleich nach den Anfällen, und Trägheit und Abspannung noch einige Stunden darauf. Was die Hoffnung betrifft, dass die bei Kindern eintretenden epileptischen Anfälle mit der Pubertätsentwickelung aufhören werden, so glaube ich, dass die Hoffnung eine sehr grundlose ist; denn es ist kaum zu erwarten, dass eine neue Periode der Körperentwickelung mit irgend etwas Anderem begleitet sei als mit frischer Aufregung und folglich mit einer vermehrten Störung des Nervensystems, so dass also weit eher eine Verschlimmerung der Krankheit als eine Besserung dadurch zu besorgen steht. Es ist wahr, dass, wenn Epilepsie zur Zeit des aktiven Dentitionsprozesses eintritt, wir eine Besserung hoffen dürfen, sobald die Dentition vollendet ist, allein wir können nicht darauf rechnen, und ebenso dürfen wir hoffen, dass, wenn die epileptischen Anfälle während der Veränderungen eintreten, welche durch die Pubertät herbeigeführt werden, eine Besserung eintreten werde, sobald die ganze Pubertätsentwickelung vollendet und die Stürme derselben gänzlich vorüber sind.

In allen diesen Fällen jedoch ist es nicht die Periode der Aufregung, auf welche wir unsere Hoffnungen gründen, sondern gerade umgekehrt die Periode der Ruhe, welche auf dieselbe folgt.

Wollten wir aber in dieser Erwartung einer zu solcher kritischen Zeit möglicherweise eintretenden Besserung den Fall unbehandelt lassen, so wäre das ein Verfahren, das weder mit unserer ärztlichen Stellung, noch mit unserem Gewissen vereinbar wäre. Die erste Pflicht in jedem einzelnen Falle besteht offenbar darin, wenn irgend möglich, die Ursache zu ermitteln, aus welcher die Anfälle entspringen, oder mit der grössten Sorgfalt die Gesundheitsverhältnisse festzustellen, mit denen sie irgendwie verknüpft sind. Die Diät, die körperliche Thätigkeit, die Bewegung, die geistige Beschäftigung, alle diese Umstände müssen sehr fleissig erforscht werden. Ferner müssen der Zustand des Darmkanales, die Beschaffenheit der Ausleerungen, die Verdauung u. s. w. genau untersucht werden, und der Umstand, dass die erste Dentition bereits vorüber ist, ist kein hinreichender Grund, den ferneren Dentitionsprozess nicht noch eben so eifrig zu überwachen. Ich habe 1 oder 2 Fälle erlebt, in welchen Krampfanfälle mit epileptischem Charakter das Hervorkommen der bleibenden Backenzähne begleitete, und Beispiele dieser Art, auf welche Dr. Ashburner (On Dentition, London, 12. 1829) zuerst aufmerksam gemacht hat, finden sich in allen medizinischen Zeitschriften. In dem Verhältnisse nun, wie die epileptischen Anfälle auf Ursachen zurückgeführt werden können, die wir zu beseitigen mehr oder minder im Stande sind, stellt sich unsere Prognose desto günstiger. Die Heftigkeit der epileptischen Anfälle ist hinsichtlich der Prognose von geringerer Wichtigkeit als die Häufigkeit ihres Eintrittes, und je öfter sie eintreten, selbst in milder Form, oder je öfter die Vorboten, als: Schwindel, Betäubung oder momentaner Stupor, sich zeigen, desto geringer ist die Hoffnung, dass sie sich verlieren werden. Bei Feststellung der Prognose müssen wir auch den Geisteszustand des Kindes in den Intervallen zwischen den Anfällen in's Auge fassen, und je weniger die Intelligenz des Kindes getrübt oder seine Geistesfähigkeiten überhaupt gestört erscheinen, desto ermuthigender kann unser Urtheil sein. Hierbei müssen wir aber wohl in Betracht ziehen, dass ein Kind, das irgend einer Affektion dieser Art unterworfen gewesen, fast immer im Lernen zurückgeblieben ist und auch in seiner Gemüthsart gelitten hat, weil die Verwandten desselben, aus Besorgniss, die Anfälle hervorzurufen, es zum Lernen nicht angehalten, sondern im Gegentheile allen seinen Launen und Unarten willig nachgesehen haben. Wollen wir also über die Geistesfähigkeit

eines solchen Kindes ein richtiges Urtheil haben, so müssen wir weniger die wirklichen Kenntnisse, die es besitzt, in Erwägung ziehen, sondern mehr sein Vermögen, einfache Fragen über Dinge, mit denen das Kind vertraut sein kann, zu beantworten, und um eine richtige Anschauung von dem Verstande und Gemüthe des Kindes zu erlangen, müssen wir seinen allgemeinen kindlichen Charakter, seine Neigung für gewisse Bestrebungen und Thätigkeiten, seine Triebe, seine Gelüste beobachten und sie mit den Eigenschaften vergleichen, welche sich uns bei Kindern von gleichem Alter oder bei noch jüngeren Kindern darbieten.

Was die Behandlung der Epilepsie betrifft, so kenne ich kein Spezificum dagegen, und das vielgerühmte Zinkoxyd hat sich eben so wirkungslos in meinen Händen erwiesen, als in den Händen der meisten Aerzte, die es versucht haben. In der That glaube ich nicht, dass in der Jagd nach spezifischen Mitteln das Heil liegt, welches wir gegen eine Krankheit hoffen, die auf so verschiedenen und unzähligen Ursachen beruht, wie die Epilepsie. Ist irgend eine ersichtliche oder auch nur wahrscheinliche Ursache vorhanden, wodurch die Krankheit veranlasst oder unterhalten wird, so muss unser erstes Streben dahin gerichtet sein, sie zu entfernen und je nach ihrer Natur kann bald ein entleerendes oder entziehendes Verfahren, bald die Anwendung von Alterantien oder Abführmitteln indizirt sein. Unglücklicher Weise ist in einer grossen Anzahl von Fällen eine bestimmte Ursache gar nicht zu entdecken, und wir sind dann mit unserem Verfahren lediglich auf allgemeine Prinzipien reduzirt. Sowie heftige und plötzliche Aufregung jeder Art einen neuen epileptischen Anfall zu Wege bringt, so ist umgekehrt der Einfluss der Ruhe und der Ordnung auf Minderung der Anfälle sehr auffallend, und mehrmals habe ich in das Kinder-Hospital Kranke aufgenommen, die angeblich bis dahin mehrere Anfälle in einer Woche gehabt hatten und die nunmehr 14 Tage oder länger im Institute verblieben, ohne irgend einen Anfall darzubieten. Die Ruhe jedoch, welche den Epileptischen so gut thut, ist nicht die Ruhe einer blos beschäftigungslosen, apathischen Trägheit, sondern der wohlüberlegte Wechsel von Ruhe, Beschäftigung und Erheiterung. Die Seele des Kindes darf nicht aus Furcht, dass Arbeit einen Anfall hervorrufe, dem Schlummer überlassen werden, sondern die Beschäftigung, die man dem Kinde auferlegt, muss eine solche sein, dass sie dasselbe so viel als möglich interessirt. Es ist eine oft gemachte

Bemerkung, dass Erwachsene, die an Epilepsie leiden und einer lebensgefährlichen Beschäftigung sich unterziehen müssen, wie z. B. dem Dachdecken oder der Zimmerarbeit, fast niemals einen Anfall bekommen, so lange sie in dieser Beschäftigung zu thun haben. Bei Kindern hat man bemerkt, dass sie fast niemals einen Anfall erleiden, wenn sie beim Spielen sind, sondern dass sie am häufigsten während des Nachts im Bette, oder des Morgens vor dem Aufstehen, oder des Abends, wenn sie ermüdet und unbeschäftigt da sitzen, ergriffen werden. Die guten Resultate, welche, wie ich vernommen habe, die gymnastischen Uebungen, denen im Bicêtre in Paris die Epileptischen unterworfen worden sind, zu Wege gebracht haben, bezeugen dasselbe. Es sind daher für die Epileptischen solche Beschäftigungen anzuempfehlen, welche nicht blos die Geistesthätigkeiten in Anspruch nehmen, sondern auch den Körper in Bewegung setzen, als: die Gärtnerei, die Zimmerarbeit, das Hegen von Thieren u. s. w., und wenn dadurch die Seele des Kindes wach erhalten werden kann, so ist dem Zwecke, den Geist heranzubilden, sehr wohl entsprochen und ein Zurückbleiben im Lesen, Schreiben oder denjenigen Kenntnissen, welche andere Kinder desselben Alters sich zu eigen machen, ist von sehr geringer Bedeutung. Viele epileptische Kinder haben eine undeutliche Aussprache und fast alle zeigen Unlust und Trägheit und ein mürrisches Wesen. Das Sprechen kann in hohem Grade dadurch gebessert werden, dass man das Kind einfache Lieder singen lehrt, welches gewöhnlich sehr leicht geschieht und ihm Vergnügen macht. Das träge, mürrische Wesen kann durch Erziehung rektifizirt werden, aber diese Erziehung darf nicht in langweilige Kleinlichkeiten ausarten, sondern muss sich auf einfache Bewegungen und Beschäftigungen beschränken, und hierzu ist vor allen Dingen die Musik zu empfehlen, und ich bin überzeugt, dass die allmählige Gewöhnung des Kindes an ein genaues Beherrschen und Reguliren aller seiner freien Bewegungen von grosser Wichtigkeit für die Heilung ist. Solche Maassregeln können aber meistens viel besser in einer Art gemeinsamer Schule durchgeführt werden, als wenn das Kind einzeln vorgenommen wird, und, welches im ersten Augenblicke die Einwürfe zu sein scheinen, die man dem Zusammensein Epileptischer entgegenstellt, so zweifle ich doch nicht, dass sie durch die dadurch zu erlangenden Vortheile bei Weitem überwogen werden. Epileptische Kinder können nicht mit solchen Kindern erzogen werden, die

theils aus Rücksicht für die letzteren, theils aber mehr, aus Rücksicht für die ersteren, da die verordnungen, denen sie unterworfen werden müssen, nothwendige Verschiedenheit in ihrer Erziehung, ihren Vergnügungen und meistens auch in ihrer Diät für sie eine Quelle fortwährender Betrübniss sein würde. Werden die epileptischen Kinder nicht in Gemeinschaft miteinander, sondern einzeln erzogen, so büssen sie nicht nur alle die Vortheile des Zusammenseins mit anderen Kindern ein, was in intellektueller und moralischer Hinsicht ein sehr wichtiges Moment ist, sondern sie werden, viel zu auffallend und viel zu sehr zu ihrem eigenen Nachtheil, der Mittelpunkt, um welchen Alles in der Haushaltung sich dreht, während zugleich die Anordnungen, die ersichtlich für sie allein getroffen werden, und nicht ein Theil eines allgemeinen Systemes sind, welchem mit ihnen noch andere sich zu unterwerfen haben, doppelt beschwerlich fallen. Diese Vortheile können jedoch gegenwärtig noch nicht erreicht werden, und wir sind genöthigt, uns mit dem unvollkommenen Verfahren zu begnügen, dergleichen kleine Patienten in ihrer eigenen Wohnung gewissen Anordnungen zu unterwerfen oder wenigstens sie der Sorge irgend einer kompetenten Person zu überweisen, welche ihre Zeit dem Kinde gänzlich widmen will. —

Die Diät muss milde, ernährend, aber nicht reizend sein und als allgemeine Regel nur selten Fleisch und denn nur in kleinen Mengen gewährt werden; ich wenigstens habe öfter die Steigerung der epileptischen Anfälle bei Kindern in Zahl und Heftigkeit durch reichliche Fleischkost wahrgenommen, und ich bewirkte eine Milderung, als ich die Diät vorzugsweise auf Milch und Vegetabilien beschränkte. In den Fällen, wo die Annäherung eines Anfalles durch Stupor, Kopfschmerz oder Schläfrigkeit sich ankündigte, habe ich oft seinen Eintritt durch Applikation einiger Blutegel an den Kopf abgewendet. Man darf aber nicht glauben, dass die Epilepsie durch systematische Blutentziehung oder durch systematisches Abführen oder durch irgend ein anderes bestimmtes Mittel, welches zu verschiedenen Zeiten gerühmt worden, und deren sehr grosse Zahl vielleicht der beste Beweis ist, dass sie alle nichts taugen, geheilt werden kann.

II. Blödsinn und Irrsinn bei Kindern.

Der erste Schritt zu einer besseren Kenntniss der in der

Kindheit vorkommenden Geistesstörungen geschah, als diejenige Form von Blödsinn, welche in gewissen Gegenden einheimisch und mit verschiedenen Störungen der physischen Entwickelung verknüpft ist, die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen begann. Ohne Frage gebührt dem Dr. Guggenbühl das Verdienst, zu diesem Studium den ersten Anstoss gegeben und durch eigene philantropische Bemühungen dargethan zu haben, bis zu welchem hohen Grade der Kretinismus heilbar ist. Der Kretinismus ist jedoch nur eine der vielen Formen der gestörten Entwickelung der Geisteskräfte und es scheint eben darin ein Grund zu Irrungen gelegen zu haben, dass dieser Ausdruck auf sehr viele Fälle von Blödsinn angewendet worden ist, die unter Bedingungen entstanden, welche mit der in den Alpengegenden endemisch vorkommenden Form nur eine geringe Aehnlichkeit haben. Indessen sind nicht die Ursachen des Blödsinnes und die Charaktere, mit welchen er erscheint, in den verschiedenen Fällen sehr verschieden, sondern eine wirkliche Irrsinnigkeit, das heisst eine Verwirrung der Intelligenz und des moralischen Vermögens oder der Gemüthsseite, welche sich von der blosen Geistesschwäche jedenfalls unterscheidet, wird bei Kindern wie bei Erwachsenen angetroffen und verdient im wahren Sinne des Wortes als Verrücktheit oder Geisteszerrüttung besonders betrachtet zu werden.

Das Wachsthum oder die zunehmende Entwickelung des Körpers, wodurch sich die Kindheit charakterisirt, geben den Krankheiten ein eigenthümliches Gepräge. Die Eigenthümlichkeit der Seelenkräfte beim Kinde ist noch prägnanter und noch wichtiger, als selbst die des Körpers, und hat einen bedeutenden Einfluss auf die Gestaltung der Krankheiten. —

Die Erfahrung eines Kindes ist gering; seine Ideen sind sparsam; sie sind aufgenommen aus seiner kleinen Welt und nicht entsprungen aus eigenem Nachdenken, während mit grösserer Schnelligkeit, als ein noch schwaches Gedächtniss zu erhalten vermag, ein Eindruck dem anderen folgt. Daher finden wir bei Irrsinnigkeit im kindlichen Alter nicht die deutlichen Sinnestäuschungen und Halluzinationen und die fixen Ideen, welche Geistesverwirrung bei Erwachsenen charakterisiren; aber, obwohl die Verstandeskräfte des Kindes nur unvollkommen entwickelt sind, sind die Gefühle und Triebe desto stärker oder stehen vielmehr weniger unter Kontrole, als sie es mit zunehmenden Jahren werden, und ein grosses Ziel der Erziehung besteht eben darin, sie in

eine richtige Subordination zu bringen. Geistesverwirrung zeigt sich daher auch bei Kindern vorzugsweise in der Uebertreibung oder ungewöhnlichen Steigerung derjenigen Empfindungen, in dem unbezähmbaren Charakter derjenigen Triebe, und in der Unfähigkeit oder der Ungeneigtheit, demjenigen Zurufe Gehör zu geben oder durch diejenigen Gründe sich bestimmen zu lassen, welche andere Kinder zu regieren vermögen. Mit einem Worte, die Geisteskrankheit ist von derjenigen Art, der gewöhnlich der Name Gemüthskrankheit beigelegt wird. Bei diesen Geisteszuständen ist freilich auch das Kind weniger belehrungsfähig, als andere, weniger im Stande zu einem bestimmten, anhaltenden Lernen, während Anfälle von Leidenschaft oder Störrigkeit, die bisweilen Tage dauern, jedem Unterrichtsversuche Einhalt thun. Die Störung des Gemüthes reagirt so auch auf die Intelligenz oder den Verstand; das Kind lernt nur wenig und wächst unwissend und unzähmbar in die Höhe, bis zuletzt entweder die Beweise vollständiger Verrücktheit mit zunehmenden Jahren unverkennbar hervortreten, oder die Seele des Kindes in Folge mangelnder Kultur immer mehr abstumpft, und nun der Zustand in bejammernswerthen Blödsinn sich umwandelt. Ich bin aber der Meinung, dass die praktischen Aerzte im Allgemeinen allen diesen Formen von Geistesstörung bei Kindern nicht die nöthige Aufmerksamkeit widmen; in ihnen lebt die Ueberzeugung, dass blödsinnige Kinder unfähig sind, etwas zu lernen, ja unfähig, sich selbst zu versorgen, dass sie immer am unbedeutendsten Spielzeug genug haben, und dass sie in ihrem moralischen Gefühle stets eben so ohne alles Schamgefühl, eben so begehrlich und vollkommen rücksichtslos verharren, wie die kleinsten, noch an der Brust befindlichen Kinder. Zwar sind die praktischen Aerzte mit allen Charakteren des Kretinismus, bei welchem die Seele und Körper gleich zurückgeblieben sind, sehr wohl bekannt, und wissen sehr wohl, dass durch den Einfluss gesunder Wohnungen, durch Einsamkeit und Vernachlässigung sie einen noch grösseren Eintrag erleiden; aber solche Fälle, wie ich eben mitgetheilt habe, haben kaum ihre Aufmerksamkeit in Anspruch genommen. Sie sind ihnen vorübergegangen als Anomalieen, als schmerzliche Beispiele irgend einer Verderbenheit oder unbezähmbaren Natur des Kindes oder endlich als eine ungewöhnliche Eigensinnigkeit desselben. Von solcher Auffassung ist nichts für die Wissenschaft und auch nichts Heilsames für die Praxis zu erwarten.

Viele dieser anscheinend anomalen Kinder sind, wie ich glaube, nichts weiter als Beispiele einer milden Art Geistesstörung, die auf dem Punkte steht, bei einigermassen wirksamen Einflüssen in vollständige Verrücktheit überzugehen. Ich habe schon anderweitig meine Gründe für die Ansicht angegeben, dass Geistesaffektionen in der Kindheit viel öfter in eine Perversion des Gemüthes, als in eine Störung der Verstandeskräfte übergehen und, dieses wohl beachtend, würde ich immer mit der grössten Aufmerksamkeit alle diejenigen Fälle von ganz besonderer auffallender Launenhaftigkeit und mürrischem Wesen der Kinder, von unbezähmbarem Eigensinne oder unbeherrschbarer Leidenschaftlichkeit, worüber sorgenvolle Eltern gegen uns Aerzte oft Klage führen, in Obacht nehmen, obwohl nur mit geringer Hoffnung, etwas anrathen zu können, was im Stande wäre, diesen Kummer und Gram der Eltern zu heben oder nur zu mildern, so lange das Kind in ihrer Macht verbleibt.

Eine der noch am wenigsten bedenklichen, aber doch ganz gehörig in Verlegenheit setzenden Art der Geistesverwirrungen der Kinder ist die bisweilen vorkommende Neigung derselben, irgend ein wirkliches Leiden oder Unwohlsein zu übertreiben, oder über ein Leiden Klage zu führen, das sehr schwach oder gar nicht vorhanden, sondern nur eingebildet ist. Es ist schwierig, für eine solche Disposition einen hinreichenden Grund aufzufinden. Bloss Faulheit scheint bisweilen der Hauptgrund zu sein, öfter noch Eitelkeit oder Wichtigthuerei, besonders eine Art moralischer Kitzel, der Gegenstand zu sein, um den sich im Hause Alles dreht, und solches Aufsehen selber angestiftet zu haben, ein Kitzel, der selbst in einem sehr frühen Alter bisweilen schon ausserordentlich mächtig wird. Nicht selten ist auch eine krankhafte Sehnsucht nach Mitgefühl mit der Eitelkeit und der Lust, sich wichtig zu machen, verbunden und alle diese Empfindungen werden oft durch das Benehmen und die Nachgiebigkeit einer thörichten Mutter oder eines schwachen Vaters begünstigt und gesteigert. Wirkliches Unwohlsein ist jedoch in fast allen Fällen dieser Art im Anfange in der That vorhanden, nur dass das Kind späterhin fortfährt, über die alten Zufälle und Schmerzen zu klagen, nachdem sie sammt ihrer Ursache längst verschwunden sind. —

Vor nicht langer Zeit kam mir ein Fall vor, welcher die hier gemachten Bemerkungen ziemlich klar erläutert.

Ein Bursche, etwa 13 Jahre alt, dessen Familie eine nicht sehr gesunde war, und der zu keiner Zeit sehr robust gewesen ist, wurde etwa 9 Monate, bevor ich ihn zuerst sah, von Kopfschmerz und anderen unbestimmten Gehirnerscheinungen ergriffen; diese Zufälle schienen durch Gram um den Tod einer Lieblingsschwester herbeigeführt zu sein. Diese Schwester war aber an einer wirklichen Gehirnkrankheit gestorben, wie zwei andere Mitglieder derselben Familie vorher, und die Angst des obengenannten Burschen um sich selber, welche durch die Kenntniss aller dieser Umstände natürlich erregt wurde, wurde noch bedeutend durch das verzweifelnde Wesen der Mutter und durch die von ihr in seiner Gegenwart oft ausgesprochene Befürchtung, dass er ebenfalls der Krankheit zum Opfer fallen werde, in hohem Grade vermehrt.

Vom Anfange an hatten seine Zufälle einen fast gleichförmigen Charakter dargeboten und in ihrer Intensität sich ebenfalls nicht verschieden gezeigt. Sie bestanden in Kopfschmerz mit ausserordentlicher Empfindlichkeit gegen Geräusche, weniger gegen das Licht, so dass, wenn auf der Strasse ein Leierkasten gespielt wurde, der Knabe rasch in ein anderes Zimmer stürzte und seinen Kopf tief in ein Kissen vergrub, um von der Musik durchaus nichts zu vernehmen. Damit war eine ausserordentliche Empfindlichkeit der Kopfhaut und des Haares verbunden, so dass seit mehreren Monaten ihm das Haar weder gebürstet, noch gekämmt noch gewaschen werden durfte; aber diese Empfindlichkeit erstreckte sich nicht auf das Antlitz oder den Nacken. Der Appetit des Knaben war sehr schlecht; er klagte nicht selten über Schmerz nach dem Essen und seit 4 Monaten hatte er über Schmerz und Empfindlichkeit im rechten Hypochondrium und der rechten Regio iliaca geklagt. Er litt an Hartleibigkeit; seine Urinabsonderung war sparsam; im Urine zeigte sich beträchtliche Ablagerung von harnsauren Salzen; das Urinlassen machte bisweilen Schmerz und während desselben stellte sich zu Zeiten eine schmerzhafte Erektion des Penis ein. Der Knabe war für sein Alter mehr klein als gross, schlecht genährt, aber keineswegs abgemagert; seine Oberlippe war etwas gequollen, sein Bauch weich und durchaus nicht aufgetrieben, und obwohl er über Schmerz in dem rechten Hypochondrium klagte, so war doch auch hier der Bauch weich und nachgiebig. Sein Puls war ohngefähr 113 und sehr schwach, seine Zunge feucht, etwas belegt

und die Athmung war ganz gut in beiden Lungen. Beim Eintritte in das Zimmer stolperte der Bursche ein wenig und hatte einen schwachen, etwas schleppenden Gang. Er setzte sich dem Lichte gegenüber, anscheinend ohne alle Beschwerde, beantwortete verständig die Fragen, wobei aber seine Sprache etwas schwer und zögernd war, und im Antlitze sich leichte Zuckungen bemerklich machten. —

In diesem Falle entstand nun zuerst die Frage: ob die hier eben aufgezählten Erscheinungen von einer organischen Krankheit des Gehirnes abhingen oder nicht? Ich war der Meinung, dass solche Krankheit nicht existirte, weil ungeachtet des langen Bestehens der Symptome der Knabe, wie sich ergab, durchaus nicht schlimmer geworden war, als er viele Monate vorher gewesen. Ueberdies wiesen die Abwesenheit jedes Krampfanfalles, jeder paralytischen Affektion, jeder Beeinträchtigung der Thätigkeit in einem Gliede, ferner der Umstand, dass Erbrechen nie eingetreten war, und dass der Puls sich immer nur schwach, aber nicht unregelmässig zeigte, jede Vermuthung, dass eine Gehirnkrankheit vorhanden wäre, meiner Ansicht nach entschieden zurück. Dazu kam noch, dass bei seiner Klage über eine so grosse Empfindlichkeit der Kopfhaut, dass ihm die geringste Berührung seines Haares die grösste Beschwerde verursachte, der Knabe doch dann, wenn die Hand, ohne dass er es merkte, ihm behutsam auf den Kopf gebracht wurde, nicht klagte, sondern erst zu klagen anfing, sobald er die Hand sah. Auch sein Vater theilte mit, dass er viel besser ginge, wenn Keiner von ihm Notiz nahm, als wenn er wusste, dass man auf ihn merkte; dass er zwar unfähig sei, zu lesen, aber sich doch sehr beim Kartenspiele gefalle, und dass an dem Abende, an dem er so beschäftigt war, er oft ganz munter erschien gleich anderen Kindern. Endlich war sein Schlaf des Nachts im Allgemeinen ein ziemlich guter. Aus allen diesen Umständen, den Intervallen von Wohlsein, dem ruhigen Schlafe und dem wohlthätigen Einflusse der Zerstreuungen auf seine Leiden schloss ich mit ziemlicher Ueberzeugung, dass die Symptome von einem organischen Gehirnleiden nicht abhingen. Die verschiedensten Behandlungsweisen, die vorgenommen waren, hatten keinen Erfolg. Ich empfahl daher das Aussetzen jeder Arznei mit Ausnahme des Leberthranes, gegen welchen der Knabe gerade einen Widerwillen hatte, und der bei der unvollkommenen Ernährung des Knaben sehr wohl indi-

zirt zu sein schien. Nachdem nun die Gesundheit des Knaben durch seinen Aufenthalt an der Seeküste sich etwas gebessert hatte, rieth ich, ihn noch einmal an die See zu schicken, aber nach einem anderen Orte und nicht in Begleitung seiner Mutter; ferner jede direkte Einwirkung auf seinen Kopf, sowohl in geistiger, als in arzneilicher Beziehung ernstlich zu vermeiden, aber ihn doch auf eine leichte Weise zu beschäftigen und ihn zu zerstreuen, um seine Gedanken gleichsam auf eine neue Bahn zu leiten. Dieser Rath wurde nicht vollständig ausgeführt, denn es wurde noch ein Anschein von arzneilicher Einwirkung beibehalten, obwohl keine sehr aktiven Arzneistoffe angewendet wurden. Der Knabe wurde indessen an die Seeküste gesendet und zwar, wie ich gewünscht hatte, ohne seine Mutter, und 3 Monate nachher hörte ich, dass er in keiner Beziehung sich verschlechtert, in vieler Beziehung aber sich gebessert habe.

Ein anderer ziemlich ähnlicher Fall verdient auch mitgetheilt zu werden. Ein kleines 10¼ Jahre altes Mädchen, dessen Mutter zwar eine Frau von bedeutendem Talente, aber viele Eigenthümlichkeiten in ihrem Charakter an sich hatte, wurde mir wegen Anfälle eines äusserst heftigen Kopfschmerzes zur Behandlung übergeben. Die Kleine hatte an Krämpfen gelitten, als sie 18 Monate alt war, und in Folge eines geringen Unwohlseins in ihrem 3. Jahre waren die Krämpfe wiedergekehrt. In ihrem 6. Lebensjahre bekam sie einen eigenthümlichen Krampfhusten, auf welchen nach Verlauf von einigen Monaten eine grosse Empfindlichkeit des Epigastriums folgte. Inmitten der gegen diese Beschwerden eingeleiteten Behandlung fing sie an, über Kopfschmerz zu klagen, der anfallsweise eintrat, und von ihrem 8. Lebensjahre bis zu der Zeit, als sie in meine Behandlung trat, häufig und ohne bekannte Ursache sich einstellte. Anscheinend konnte nichts launenhafter sein, als der Eintritt dieser Kopfschmerzen; zu einer Zeit gegenwärtig mit der quälendsten Heftigkeit; dann wieder Wochen lang ganz und gar fehlend. Verstopfung oder vielmehr ein verhaltender Zustand des Darmkanales und ein sehr launenhafter Appetit waren die einzigen, wirklich beharrenden Symptome mangelhafter Gesundheit, aber es schien zwischen dem gelegentlichen Aufenthalte des Kindes in einer feuchten Wohnung und der zunehmenden Häufigkeit und Intensität der Kopfschmerzanfälle ein ursächlicher Zusammenhang statt zu finden. Als ich die Kleine zum ersten Male sah, hatte ihr Antlitz den Ausdruck

der Angst und eines tiefen Leidens; sie sass mit dem Kopfe auf die Hand gestützt, laut aufkreischend und sich unfähig fühlend, von einem Zimmer in das andere sich zu bewegen, obgleich sie auf den entschiedenen Anruf, dass sie es thun müsse, sofort vom Stuhle aufsprang, in dem sie sich festgesetzt hatte, und darauf leicht und mit festen Schritten in ein anderes Gemach sich begab. Ihr Puls war etwas schwach, aber sonst normal, ihre Zunge etwas belegt, aber Symptome einer ernsten Krankheit bot die Kleine nicht dar. Bisweilen lag sie die ganze Nacht, über den wüthendsten Kopfschmerz jammernd, — bisweilen wieder schlief sie ganz vortrefflich, und ihr Schlaf war besonders dann ein sehr gesunder, wenn sie beim Schlafengehen irgend ein Arzneimittel genommen hatte. Als Begleiter der Anfälle von Kopfschmerz und ihrer Klagen darüber zeigte sich ein Mangel an Interesse für alle Beschäftigungen, die sonst den Kindern angenehm sind, und eine für ein Kind dieses Alters durchaus unnatürliche Verdrossenheit und Reizbarkeit, und wenn auch sie dann und wann durch irgend ein Ereigniss, welches sie besonders interessirte, mehr aufgeweckt wurde, so fiel sie doch bald wieder in ihren Zustand zurück. Bisweilen stand sie vor 6 Uhr Morgens auf und machte mit der Magd einen Spaziergang, während sie zu anderen Zeiten wieder bis spät am Tage im Bette blieb. Ihr Appetit war nie sehr gross, aber sie hatte Zeiten, in denen sie ziemlich gut ass, während sie zu anderen Zeiten nichts zu sich nehmen wollte und zuletzt entschieden jede Nahrung abwies, so dass man in die Nothwendigkeit versetzt wurde, sie zu füttern wie ein ganz kleines unbehülfliches Kind. Während dieser ganzen Zeit heftete sie sich mit den übertriebensten Liebesbezeugungen an ihre Mutter, aber es wurde ersichtlich, dass ihre Klagen immer lauter und stätiger wurden, sobald ihre Mutter gegenwärtig war. Kam es vor, dass ihre Mutter aus irgend einem Grunde einmal ausser dem Hause war, so zeigte sich sogleich eine auffallende Besserung in dem Zustande des Kindes. Trat ich unerwartet in das Zimmer, so fand ich die Kleine oft heiter beim Spiele, aber, sowie sie mich erblickte, fuhr sie mit der Hand vor den Kopf und fing an, zu wimmern. Jahrelang wurden die verschiedensten Kuren versucht; die Ueberzeugung der Mutter von dem Dasein einer sehr ernsten Krankheit wurde durch die Nutzlosigkeit der Arzneien noch mehr gehoben, und oft machte sie ihr Mitleid mit ihrem Kinde in lauten Klagen in

dessen Gegenwart kund. Meine Ansicht, dass eine ernste Krankheit nicht vorhanden, dass die Klagen des Kindes übertrieben wären, dass das geistige Wesen des Kindes mehr als der Körper regulirt werden müsste, und dass die Heilung des Kindes so lange, als es mit der Mutter zusammenbliebe, als schwierig, wenn nicht unmöglich anzusehen wäre, wurde für nicht richtig, ja für hart erachtet.

Die Aufmerksamkeit der Kleinen in eine neue Bahn zu leiten, alle gewöhnlichen Beschäftigungen und Spiele bei Seite zu legen, die bis dahin gut genug schienen, sie zu interessiren, dagegen ihr die Fürsorge für lebende Thiere zu überweisen und sie über deren Lebensart und Gewohnheiten zu unterrichten, oder sie mit Pflanzen und Gärtnerei zu beschäftigen, wozu ein Aufenthalt auf dem Lande ihr vielfache Gelegenheit dargeboten haben würde, — alles Dieses schienen nicht die Vorschriften zu sein, die man von dem Doktor erwartet hatte. Arznei war es, wegen deren die Mutter an mich sich gewendet hatte, und da ich eine Kur mit Arzneistoffen nicht unternehmen wollte, so wurde die Kleine meiner Behandlung bald wieder entnommen. Sie wurde nach Hause gebracht und nach wenigen Tagen trat ein sehr deutlicher Globus hystericus zu den übrigen Erscheinungen hinzu; dann fanden sich allgemeine Krämpfe ein, die aber nicht mit vollständiger Bewusstlosigkeit begleitet waren, — dann endlich hysterische Dysphagie, während deren sie vorzugsweise durch Klystire mit Fleischbrühe ernährt wurde. Zuletzt nahmen die Symptome den Charakter einer vollständigen Hydrophobie an, so dass das Vorzeigen von Wasser in einer Obertasse sie in einen Schauder versetzte, und jeder Versuch, etwas Flüssigkeit zu verschlucken, allgemeine Krämpfe herbeiführte. Dieser Zustand dauerte mehrere Tage; nach und nach verloren sich die übelsten Erscheinungen; das Kind bekam seine Gesundheit wieder, und einige Monate nachher vernahm ich, dass es auf dem Lande auf einem kleinen Pferde herumgaloppirte und für jetzt von allen ihren Beschwerden befreit sei.

In Fällen dieser Art also, wie in den anderen analogen Fällen, welche mir bekannt geworden sind, war es viel weniger der Zustand des Körpers, als der Zustand der Seele, der meine Sorge in Anspruch nahm. Die beständige Aufmerksamkeit des Kindes auf seine eigenen Gefühle, die Gewohnheit, sofort jeden verkehrten Wunsch und jede Laune durch Krankwerden zur Er-

führung zu bringen und die beständige Nachsicht, die darin durch die zu weit getriebene Zärtlichkeit einer schwachen Mutter dem Kinde gewährt wird, üben einen äusserst nachtheiligen Charakter auf dasselbe aus, und es wird schon frühzeitig ein kleiner Hypochonder. Es ist durchaus nothwendig, bei allen lange dauernden Krankheiten der Kinder gegen die Möglichkeit eines solchen Gemüthszustandes auf der Huth zu sein und die Eltern zu ermahnen, dass sie sich mit uns verbinden, um während einer langen Krankheit seines Körpers das Gemüth des Kindes gesund und unverdorben zu erhalten. Nur selten wird der von mir beschriebene krankhafte Seelenzustand der Kinder ohne deren Verzärtelung Seitens der Eltern oder Verwandten zu Stande kommen. Unter solchen Umständen müssen wir Aerzte aber mit der grössten Vorsicht verfahren und den Eltern oder Verwandten unsere Ansicht kundthun, weil wir sonst gar leicht in Gefahr gerathen, dass sie uns als hart, als unverständig und als eingenommen gegen das kranke Kind betrachten.

Eine andere Art von Seelenstörung bei Kindern zeigt sich uns bisweilen als das Resultat einer geistigen Ueberbürdung derselben oder einer zu weit getriebenen Anstrengung ihrer Geistesthätigkeiten. Diese Ueberbürdung ist durchaus nicht in allen Fällen von den Eltern veranlasst, die etwa unklugerweise das Kind vorwärts bringen wollen, sondern sie ist oft eine ganz freiwillige, vom Kinde selbst ausgehende. Ja bisweilen sind die Verwandten des Kindes selbst so durchdrungen von dieser Gefahr, dass sie die Arbeitsstunden desselben beschränken, eine Vorsicht, welche oft dadurch unwirksam gemacht wird, dass nichts geschieht, um während der Freistunden die Gedanken des Kindes und seine Thätigkeiten in eine durchaus andere Bahn abzuleiten. In vielen Fällen dieser Art übernimmt glücklicherweise die Natur selbst die Fürsorge. Während eines, zweier oder mehrerer Jahre haben die Geisteskräfte des Kindes auf Kosten des Körpers schnell zugenommen; die Eltern freuen sich über die frühe Geistesreife ihres Kindes; aber diese Freude mischt sich mit einer inneren Angst, dass das Kind dadurch Nachtheil erleiden könne, und sie beschäftigen sich immer nur mit dem Gedanken, dass ihr Sprössling einst im Besitze grosser Talente sein, aber einen schwächlichen siechen Körper haben werde. Nach und nach aber wird diese Rührigkeit des Geistes im Kinde immer weniger auffallend, wogegen der Körper wider Erwarten sich zu

stärken und zu kräftigen beginnt, und ein Jahr ist oft ausreichend, um das kleine, bis dahin geistig so aufgeweckte, so lernbegierige, so talentvolle, aber so schwächliche Kind in ein ganz gewöhnliches, munteres, spielendes, herumspringendes, aber gesundes und robustes Kind umzuwandeln. Ich will nur hinzufügen, dass es sehr gut ist, solche Metamorphosen im Gedächtnisse zu behalten und vorkommenden Falles wohl zu erwägen, dass Körper und Geist bei Kindern selten in gleichem Verhältnisse zu einer und derselben Zeit sich entwickeln und dass ebenso, wie ein kleines Kind, welches als ein Genie verschrieen wird, selten dabei verbleibt, sondern nach wenigen Jahren anderen Kindern vollkommen gleichsteht, auch ein anscheinend unverbesserlicher, kleiner Dummkopf, bei weiterem Wachsen, gegen das 12. oder 14. Jahr, wenn auch nicht gerade ein Genie geworden ist, doch eben so viel weiss und geistig eben so reif dasteht, wie seine Spielgenossen, die vorher ihm voraus waren. Was uns ängstlich machen kann, ist ein träger und schwacher Geist in einem kränklichen, schwächlichen und schlecht entwickelten Körper; ist aber die körperliche Entwickelung eine gute, so ist die grösste Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass die Geisteskräfte nicht lange hinter dem normalen, dem Alter angemessenen Stande zurückbleiben werden. Nicht selten aber führt die Ueberbürdung des Geistes zu einem Unheile, welches die Natur nicht zu rektifiziren vermag. Es bildet sich ein entzündliches Gehirnleiden, das oft mit Tuberkelablagerung verbunden ist und das Kind dahinrafft, oder es stirbt dieses an einer zufällig hinzugekommenen Krankheit. In anderen Fällen dieser Art tritt keine dieser Folgen ein, aber das ganze Nervensystem scheint eine tiefe Erschütterung erlitten und der moralische Charakter des Kindes einen ernsten und selbst dauernden Eingriff erfahren zu haben. —

Ein kleines Mädchen, dessen Mutter mir die folgende Geschichte mittheilte, kam in meine Behandlung, als es 7 Jahre alt war. Niemals sehr robust, aber lebendig, rührig und munter lernte das Kind sehr begierig, und ihre Erzieherin machte sich eine Freude daraus, die Kleine recht vorwärts zu bringen, wobei sie ihr jedoch immer dasjenige gewährte, was man als hinreichend zur Erholung vom Studium und zur Zerstreuung für Kinder dieses Alters anzusehen pflegt. Jedoch schon, als das Kind $5^1/_2$ Jahre alt war, machten sich die ersten Zeichen einer Ueber-

bärdung derinas bemerklich, nämlich : ausserordentlich grosse
Reizbarkeitüegentlich und zwar ohne alle Veranlassung An-
fälle von , die fast bis zur Tollheit stiegen, und einige
Wochen ndem Beginnen dieser Erscheinungen verfiel die
Kleine in eArt Veitstanz, der beide Seiten des Körpers ein-
nahm, abeiht heftig war. Beim Gehen stolperte sie dann
und wann stürzte auch hin, obwohl nicht in Folge der etwa
zu heftig gelenen Krampfbewegungen; sie klagte über häu-
figen Kopfsch, welcher mit grosser Hitze des Kopfes begleitet
war. Allmähherschwand der Veitstanz; das Kind besserte sich
nach und na hatte aber immer noch dann und wann Kopf-
schmerz und rahrte eine grosse Reizbarkeit in seinem Wesen.
Die Besserunder Kleinen befestigte sich besonders während
eines ruhigen hens an der Seeküste, aber bei ihrer Rückkehr
nach London rde sie von der Grippe befallen, die eine Ver-
schlimmerung früheren Symptome herbeiführte, mit Ausnahme
des Veitstanze welcher nicht wiederkehrte. Sie wurde wieder
auf's Land zurkgebracht, w sie abermals sich besserte, aber
der Wiederbegi. ihrer Erziehng nach ihrer darauf folgenden
Rückkehr nach ondon hatte, obwohl sie jetzt mit grösster Sorg-
falt geführt wde, ganz dselben Folgen, nämlich eine Ver-
mehrung des opfschmerzesund eine zänkische, schwer zu re-
gierende Gemüsart. Unt diesen Umständen und in diesem
Zustande kam e in mein Behandlung. Sie war ein blondhaa-
riges, zart auehendes Kind und mit Ausnahme einer geringen
Kontraktion deslinken Kreismuskels der Augenlider bot ihr Aus-
sehen nichts Bmerkenswrthes dar. Ihr Puls war etwas schwach,
und nach Ausage ihrer Mutter wurde sie schnell müde und be-
durfte jeden Tag ein mehrstündigen Ruhe auf dem Sopha.
Oefter, sowol bei d Arbeit, als bei dem Spiele, bekam sie
sehr heftiger Kopfschmerz, der höchstens einige Minuten an-
dauerte, aber eine solche Heftigkeit hatte, dass sie zu nichts
fähig war. Eben plötzlich, fast eben so sehr ohne Anlass
traten Anfälle von Wuth ein, welche durch ein Wort, einen
Blick oder dadurch dass vielleicht eine ihrer Gespielinnen vor ihr
herging oder vor ihr in's Zimmer trat, oder durch irgend einen
anderen, kaum nennenswerthen Anlass, herbeigeführt wurden.
Einmal hatte sie ihre Wuth in Schlägen ausgelassen und, wenn
sie auch gewöhnlich nicht auf Diejenigen losschlug, die sie be-
leidigte, so brach sie doch in die heftigsten Schimpfwörter aus,

obwohl sie selten mehr als eine oder zwei Redens hervorstiess. Bisweilen läugnete sie, und wie ihre Mutt glaubte, in voller Ueberzeugung, dass sie wusste, was sie gesagt hatte; zu anderen Zeiten schien sie sich dessen wohl bewusst zu sein und warf ihre Arme um die Person, auf die sie so logren war, gab ihre Reue kund und bat um Verzeihung. Sie hatte immer noch einige Neigung zum Fallen, wenn sie ging, obwohl nichts einem Krampfanfalle Aehnliches beobachtet wurde, wurde ihr etwas zu halten oder zu tragen gegeben, so liess es nicht selten fallen. Sonst war sie aber ganz freundlich, sehr verständig in ihrem Wesen, aber ausserordentlich immert um ihre eigene Gesundheit und immer geneigt, jede kleine Beschwerde zu übertreiben, eine Neigung, die jedoch von ihrer eigenen Mutter in sehr vernünftiger Weise bekämpft wurde.

Obwohl ich in diesem Falle die Möglichkeit räumte, dass das gelegentliche Stolpern beim Gehen das Vorspiel von Epilepsie sein, und die Wuthanfälle in eine bleibende Geisstörung übergehen könnten, so war ich doch zu einer günstigeren Prognose geneigt, und ich gründete diese Prognose grösstentheils auf die vernünftige Ansicht, welche die Mutter von der Gefahr des Kindes hatte und auf deren ernsten Willen, dieser Gefahr entgegen zu wirken. Da die Wiederkehr der Kleinen zu ihren früheren Beschäftigungen, obwohl diese mit der grössten Sorgfalt und Umsicht geleitet wurden, jedesmal mit einer Verschlimmerung begleitet waren, so rieth ich dazu, sie eine Zeitlang ganz auszusetzen, die Kleine wieder auf's Land zu bringen, statt Französisch, Musik und Geschichte lieber Pflanzenkunde, die Beobachtung und Pflege lebender Thiere und all diejenigen ruhigen Beschäftigungen, zu welchen das Landleben Gelegenheit gibt, zum Gegenstande des Unterrichtes zu machen zumal da bei diesem kleinen Mädchen die Mutter und die nächsten Verwandten einen genügenden Grad von Bildung besassen, um den grösstmöglichsten Vortheil aus solchen Beschäftigungen dem Kinde zuzuwenden.

Ich bin der Meinung, dass eine richtige Kenntniss der wirklichen Gefahr und die Durchführung eines wohlüberlegten Erziehungsplanes die grösste Wichtigkeit in diesen Fällen haben. So einfach dies Alles indessen zu sein scheint, so schwierig zeigt es sich doch oft in der Praxis. Nicht blos erscheint die Gefahr, auf die wir hinweisen müssen, den Verwandten des Kindes zu übertrieben, sondern auch die Idee, dass eine permanente Geistes-

störung daraus hervorgehen könne, erscheint ihnen so sonderbar, ja so unwahrscheinlich, dass sie meistens geneigt sind, die Befürchtungen für eingebildet zu halten und den Rath zu verwerfen, den wir ihnen hinsichtlich der ferneren Leitung des Kindes geben. Ueberdies vermindert noch das Verlangen, welches ich oft für nothwendig halte, und welches darin besteht, dass das Kind in den meisten Fällen der Art von den Eltern gänzlich getrennt werde, die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich ihm willig erweisen, während es zugleich ihr Misstrauen vermehrt. Ich bin in der That überzeugt, dass die eigenen Eltern sehr selten diejenigen Personen sind, welche am besten des Kindes Erziehung fernerhin zu leiten vermögen, ja dass sie oft den nachtheiligsten Einfluss auf dasselbe ausüben.

Diejenigen Motive, welche in dem Verhältnisse zwischen Eltern und Kind das Letztere dahinbringen, den Ersteren in allen Dingen zu gehorchen, sind nicht von der Art, dass sie auch den Starrsinn und die Launen desselben zu reguliren vermögen, wenn dessen moralische Gefühle eine Schwächung oder Verwirrung erlitten haben. Neben der grössten Freundlichkeit und Güte ist bei der Erziehung solcher Kinder eine vollständige Unempfindlichkeit gegen deren Leiden erforderlich, wenn ich mich so ausdrücken darf. „Du machst mir Kummer“, — „du machst mich traurig“ durch dieses oder jenes Thun, durch deinen Eigensinn, deine Laune, oder „du machst mir Angst durch deinen Wuthanfall“, dergleichen Redensarten zärtlicher Eltern sind für das Kind meistens nichts weiter als ein Eingeständniss der Herrschaft desselben oder vielmehr ein Eingeständniss der grossen Sorge, womit das Kind im Stande ist, sie zu erfüllen, sie zu ängstigen oder zu ärgern, und die Entdeckung dieser Macht über die Eltern genügt oft allein dem Kinde, alle Bemühungen der Eltern zu vereiteln. Schon hieraus ergibt sich, dass die feste, unabweichende Verfolgung eines bestimmten Erziehungsplanes während vieler Wochen oder Monate so zärtlich interessirten Eltern nicht anvertraut werden kann, zumal da befürchtet werden muss, dass sie, sobald irgend ein Erfolg sich zeigt, viel zu frühzeitig ihre Freude äussern, in der Strenge ihrer Maassregeln nachlassen und dadurch Alles wieder verderben, oder dass sie umgekehrt bei mangelndem Erfolge zu frühzeitig verzweifeln und in ihrer Wachsamkeit ermüden. Alle die tausend kleinen Erinnerungen und Vorkommnisse, welche von der Geburt an Eltern und Kinder mit

einander verknüpfen, sind eher geeignet, die Thätigkeit der Ersteren, wenn sie ein solches vom Arzte gewünschtes Amt übernehmen, zu schwächen als zu stärken. —

Ich würde es nicht für nöthig gehalten haben, noch hinzuzufügen, dass eine Schule nicht der geeignete Ort für solche Kinder ist, wenn ich nicht in Erfahrung gebracht hätte, dass sie dorthin gesendet worden sind, in der eitlen Erwartung, die Gesellschaft anderer Kinder würde sie zerstreuen, und die Vorschriften der Schulordnung würden am besten geeignet sein, eine Kontrole zu bewirken und Besserung herbeizuführen. Das gewöhnliche Schulleben aber ist für solche Kinder nachtheilig; es wird ihnen unerträglich, sie haben oft Gelegenheit, sich zu ärgern, während die häufigen Wuthausbrüche, die solchen Kindern eigen sind, niemals ohne Ahndung übergangen und auch nicht auf eine ganz besondere, ausnahmsweise für solche Kinder bestimmte Weise gehandhabt werden können. Aber auch diejenigen Institute, welche zur Aufnahme blödsinniger oder idiotischer Kinder bestimmt sind, passen nicht für die hier gemeinte Kategorie von Kindern. Ihr Geist ist thätig genug; sie finden sich widerwillig und geärgert über die Stupidität der sie Umgebenden und machen sich ein Vergnügen daraus, sie zu quälen und zu hänseln, während keine durchgreifende Anordnungen getroffen werden können, um auf zweckmässige Weise die Kinder stumpfsinnigen Geistes mit den geistig aufgeregten Kindern zugleich zu behandeln und ihre Erziehung zu ihrem Heile zu leiten. Ich glaube, dass Kinder, die sich in diesem Zustande befinden, am besten daran sein werden, wenn sie in eine ruhige Familie unter der beständigen Aufsicht und Leitung einer Person untergebracht werden, die die Fähigkeit besitzt, sich in die Art und Weise des Kindes hineinzuleben, dessen Beschäftigungen anzuordnen und an seinen Spielen und Zerstreuungen Antheil zu nehmen. Es muss eine Person sein, welche nicht nur sehr verständig, geduldig und liebevoll ist, sondern auch die nöthige Festigkeit besitzt und fähig erscheint, das Kind an sich zu fesseln, ohne dass diese gegenseitige Anhänglichkeit in ein Verhältniss ausartet, welches dem Kinde wieder, wie bei den eigenen Eltern, gestattet, allen seinen Launen nachzuleben. Von Zeit zu Zeit, sowie das Kind sich bessert, kann ihm gestattet werden, mit anderen Kindern zusammen zu leben, zuerst beim Spiele, z. B. beim Tanzen oder bei einer Zerstreuung ausser dem Hause. Spä-

ter kann dies öfter und länger geschehen und mit weniger Einschränkung, aber eine ganz besondere Erziehung, die für das kranke Kind allein berechnet ist, und die sich auf dessen Eigenthümlichkeiten hin richtet, ist meiner Ueberzeugung nach so lange wünschenswerth, bis die Seelenkräfte des Kindes ihr Gleichgewicht wieder erlangt haben, und die Kraft der Selbstbeherrschung sich mehr entwickelt und gestärkt hat.

Die Fälle, welche ich bis dahin geschildert habe, sind nur die geringeren Grade eines Geisteszustandes, der, wenn er nicht bekämpft wird, in vollständige Geisteszerrüttung übergehen kann. Die Abstufungen sind sehr unbestimmt, und die Uebergänge sind fast unmerklich; mir sind einige Fälle bekannt, in denen die eigensinnige, launenhafte, unzähmbare Gemüthsart des an Wuthausbrüchen leidenden Kindes nach der Geschlechtsreife in vollständige Manie ausartete, so dass die Subjekte in ein Irrenhaus gebracht werden mussten, wo sie, wie ich fürchte, ihr Leben lang bleiben werden.

Noch eine Geschichte will ich erzählen, welche dazu dienen soll, die Stufenfolge einigermaassen vor Augen zu stellen, durch die ein übeler Geisteszustand in einen noch viel schlechteren umgewandelt wird. Ein 12 Jahre altes Mädchen, einzige Tochter, niedlich, munter, aber sehr eitel und putzsüchtig, war der Gegenstand einer wahrhaft kindischen Liebe ihrer Eltern, welche es mit gleicher Liebe und Anhänglichkeit vergalt. Theils aus Gefallsucht und theils auch, um den Eltern ihre Liebe kund zu thun, strengte sich die Kleine über ihre Kräfte an. Sie wurde launig, eigensinnig, hartnäckig, leidenschaftlich, aber bei allem Dem wurde ihre Anhänglichkeit an die Mutter immer stärker und inniger, und als Letztere einmal krank wurde, wurde es durchaus unmöglich, sie aus dem Krankenzimmer zu entfernen, und sie bekam Anfälle von Wuth, wenn einmal die Nothwendigkeit eintrat, ihr den Zugang zur Mutter nicht zu gestatten. Auf den Rath des Arztes wurde sie nun, alles ihres Flehens und Widerwillens ungeachtet, in die Schule geschickt. Sie blieb daselbst 2 Monate, war aber in dieser Zeit sehr unglücklich und kehrte in schlechterem Zustande zurück. Die erste Andeutung ihrer wirklichen Geisteszerrüttung gab sich dadurch kund, dass sie ihren Gurt um den Bauch so fest als möglich anzog, und ausserdem noch ein langes Handtuch um ihren Körper zu demselben Zwecke wand. Sie gab dafür keinen Grund an, gerieth aber in

Wuth, als man sie daran hinderte. Bald darauf hatte sie einen anderen Wahn, der sich auch auf den Zustand ihres Unterleibes bezog, und der darin sich äusserte, dass sie bisweilen Stunden lang Trepp auf und Trepp ab, hin und zurück nach dem Abtritt lief, um sich Erleichterung zu verschaffen. Ein sehr sorgfältig entworfener Erziehungsplan in der Art, wie ich ihn angedeutet habe, in Verbindung mit gehöriger Aufmerksamkeit auf den Zustand des Darmkanales, welcher sehr verhalten war, hatte eine grosse Besserung zur Folge, die fast ein Jahr anhielt. Allmählig aber trat das zänkische, eigensinnige, unbezähmbare Wesen des Kindes wieder hervor; seine Anfälle von Wuth bekamen eine furchtbare Heftigkeit und dauerten bisweilen Stunden lang, und die Sucht, Stunden lang auf dem Abtritte zuzubringen und daselbst auf dem Stuhle zu sitzen, wurde so stark wie je zuvor. In diesem Zustande starb das Kind und zwar etwa 2 Jahre nach der ersten Manifestation der Geistesstörung. Durch welche Krankheit, oder unter welchen besonderen Umständen der Tod erfolgt war, bin ich nicht im Stande anzugeben.

Dergleichen Umstände sind es aber nicht allein, unter welchen Geisteszerrüttung bei Kindern uns sich darstellt. Es scheinen aber die Geisteskrankheiten in der Kindheit alle, wie ich schon angegeben habe, fast immer diesen Charakter zu zeigen, unter welchen Bedingungen sie auch entstanden sein mögen. Ich sah einmal ein 6 Jahre altes Mädchen behandelt, welches vom ersten Jahre ihres Lebens an an epileptischen Anfällen gelitten hatte, die bisweilen sehr heftig waren und mehrere Stunden anhielten, aber keinen dauernden Einfluss auf ihr Allgemeinbefinden zu haben schienen. Sie traten zu unbestimmter Zeit ein, in Pausen von 2 bis 7 Monaten, und obwohl sie bisweilen durch einen plötzlichen Eindruck anscheinend herbeigeführt wurden, so kamen sie doch oft auch ohne irgend einen wahrnehmbaren Anlass. Ausser diesen Anfällen bot aber auch die Kleine einige Sonderbarkeiten in ihrem geistigen Wesen dar, welche die Besorgniss der Eltern rege machten, zumal da sie desto auffallender hervortraten, je älter sie wurde. Als ich sie sah, war sie ein schlankes, blondhaariges, blauäugiges Kind mit einem angenehmen Gesichtsausdrucke. Sie hatte aber einen wunderlichen Gang, indem sie dabei den Kopf sehr niederbog, und stand sie, so hatte sie ihre Hände in einer fortwährenden Bewegung von oben nach unten an ihrem Kleide entlang, oder fuhr mit den Händen umher,

fast wie beim Veitstanze, nur dass die Bewegungen nicht so heftig waren. Uebrigens hatte sie ein ziemlich verständiges Wesen, und in der That war sie nicht ohne eine gewisse frühreife Verschlagenheit und Bosheit, aber sie lachte manchmal ganz ohne Anlass, und als ich ihr ein Spielzeug nicht geben wollte, mit dem sie sich beschäftigt hatte, so schlug sie mich plötzlich. Im Vergleiche zu anderen Kindern war sie im Wissen bedeutend zurück, aber in Folge ihres Zustandes war sie niemals ernstlich unterrichtet worden. Nach Aussage ihrer Eltern war sie ruhig, wenn sie dahin gebracht werden konnte, sich zu beschäftigen, aber sie hielt niemals länger als einige Minuten bei einer und derselben Sache aus. Man sagte mir, dass sie für Musik sehr empfänglich sei, und obwohl sie nicht fähig war, zu schreiben, so war es für sie doch eine Lieblingsbeschäftigung, in Nachahmung ihrer älteren Schwester, wenn diese schrieb, auf Papier zu kritzeln. In ihrer Gemüthsart, hiess es, sei sie entweder ein Engel oder ein kleiner Teufel; obwohl sie ihre Schwester sehr lieb hatte, so schlug sie sie doch beim allergeringsten Anlass, und hatte von Zeit zu Zeit Anfälle der unbezähmbarsten Wuth.

Mein Rath, wie mit dem Kinde zu verfahren sei, unterschied sich nicht von dem, schon von mir angedeuteten, aber ich weiss nicht, ob und wie er ausgeführt wurde, und welche Resultate er brachte. Ich habe das Kind nicht wieder gesehen. Ich habe auch mit der Mittheilung dieses Falles keine andere Absicht verbunden, als noch durch ein Beispiel mehr den eigenthümlichen Charakter darzuthun, welchen Geistesstörungen in der Kindheit darzubieten pflegen, und besonders die Verschiedenheit zwischen Irrsinn und Blödsinn oder Geistesschwäche vor Augen zu stellen. Je früher diese Erscheinungen sich zeigen, je schlimmer und heftiger sie hervortreten, einen desto grösseren Einfluss haben sie auf die Geisteskräfte und desto hemmender wirken sie auf die Erziehung des Kindes, welches in Folge aller dieser Umstände mit der Zeit in seiner Intelligenz so hinabsinkt, wie das dem hoffnungslosesten Blödsinn verfallene Kind.

Blödsinn oder Idiotismus kommt ohne Frage viel häufiger in der Kindheit vor als diejenige Form von Geistesstörung, mit welcher wir uns bis jetzt beschäftigt haben. Der Ausdruck Blödsinn, Idiotismus, lässt aber einen sehr weiten Begriff zu, indem er gewöhnlich für Zustände gebraucht wird, die sich sowohl der Art, als dem Grade nach sehr auffallend von einander unter-

scheiden, während er andererseits auch zur Bezeichnung solcher Fälle benutzt wird, in denen sich nur ein Zurückgebliebensein der Geisteskräfte kund thut.

Geistig zurückgebliebene Kinder, Enfants arriérés, wie die Franzosen sie nennen, kommen durchaus nicht selten vor. Ihre körperliche Entwickelung geschieht gewöhnlich langsam, und auch ihre geistige Entwickelung ist eine sehr zögernde. Sie bekommen die Zähne spät, fangen spät an zu laufen, spät zu sprechen, lernen langsam sich selber anzuziehen und zu waschen, sind gewöhnlich langsam in ihrer Auffassung und legen erst, nachdem sie sehr in Jahren vorgerückt sind, ihre kindischen Gewohnheiten ab. Kommt die Zeit, wo ihr regelmässiger Unterricht beginnt, so setzt ihre Langsamkeit und Trägheit die Geduld jedes Lehrers auf die Probe, und bei den Armen wird auch in der That jeder Versuch, solche Kinder weiter zu unterrichten, in Verzweiflung zuletzt ganz aufgegeben, so dass sie in vollkommener Unwissenheit aufwachsen, und es nun nicht überraschen kann, wenn sie nur im Allgemeinen für idiotisch oder blödsinnig gehalten werden. Dennoch findet zwischen solchen Kindern, wie langsam und träge sie auch sein mögen, ja wenn sie auch noch träger werden, und Idioten oder wirklichen Blödsinnigen ein Unterschied statt, obwohl sie allerdings nothwendigerweise in Blödsinn versinken müssen, wenn sie ohne allen und jeden Unterricht bis zum Mannesalter gelangen. Den eigentlichen Blödsinn kann ich nicht besser beschreiben als mit den Worten **Seguin's** (Traitement moral des Idiots, Paris, 12., 1846, p. 72), der denselben so vortrefflich beschrieben und so ausgezeichnet gegen ihn gewirkt hat. „Der Idiot oder Blödsinnige, sagt er, zeigt, selbst im leichtesten Grade der Krankheit, eine zurückgebliebene Entwickelung sowohl des Körpers als des Geistes; das zurückgebliebene Kind bleibt nicht in der Entwickelung stillstehen, sondern diese geht nur viel langsamer vorwärts, als bei Kindern desselben Alters. Der Blödsinnige bleibt zu jeder Periode des Wachsthums hinter den anderen Kindern zurück, und dieses Zurückbleiben nimmt von Tage zu Tage zu, so dass zuletzt die Distanz zwischen dem Blödsinnigen und den anderen nicht blödsinnigen Kindern eine ungemein grosse wird, eine Distanz, die in der That unausfüllbar wird.“

Bei selbst noch ganz geringen Graden dieses Zurückbleibens der Kinder werden nicht selten schon Vater und Mutter in Sorge

versetzt. Ich habe es bei Kindern beobachtet, die in der ersten Zeit ihres Lebens schlecht genährt oder durch eine lang anhaltende ernste Krankheit geschwächt worden sind, auch wenn das Gehirn dabei nicht speziell affizirt worden war. In vielen anderen Fällen freilich liess sich auch solche Ursache nicht einmal für das Zurückbleiben der Kinder ausfindig machen. Möge aber der Grund dieses Zurückbleibens sein, welcher er wolle, so lässt sich doch immer die Ansicht, dass es nicht wirklicher Blödsinn, sondern nur ein Zurückbleiben ist, dadurch erweisen, dass das Kind, wenn es auch etwa in seinem 4ten Jahre in geistiger Hinsicht nicht weiter ist, als ein 2 Jahre altes Kind, es doch in seinem Wesen, seinen Gewohnheiten, seinem Begehr und in seiner Fassungskraft in jeder Beziehung Das leistet und darthut, was von einem zweijährigen Kinde erwartet werden kann, nur dass es vielleicht weniger lebhaft, weniger freudig ist, aber niemals irgend Etwas wahrnehmen lässt, was einen wirklichen Verdacht eines Geistesmangels erregen könnte. In allen Fällen von ungewöhnlichem Zurückbleiben ist es rathsam, den Zustand des Gehör- und Sprachvermögens zu ermitteln; denn mir sind Beispiele vorgekommen, wo die vorhandene Taubheit lange übersehen und die Geistesträgheit des Kindes, sowie seine Unfähigkeit, zu sprechen, irrthümlich einem Geistesmangel zugeschrieben wurde, während in anderen Fällen das schwere und mangelhafte Sprechen, das lediglich auf einer Missbildung in den der Artikulation dienenden Theilen des Mundes beruhte, zu einem ähnlichen Irrthume führte. In allen diesen Fällen hatte das Gefühl, sich nur schwer ausdrücken und ein Gespräch mit anderen Kindern nicht gut unterhalten zu können, auf das Gemüth des Kindes einen Schatten geworfen und es verdrossen, empfindlich, argwöhnisch und unkindlich gemacht, besonders da, wo Taubheit oder Harthörigkeit mit im Spiele waren. Eine ähnliche Wirkung hat nicht selten eine ernste Krankheit, selbst nach Ablauf der ersten Kindheit. In Folge solcher Krankheit verlernt das Kind, welches bis dahin umherlief und mit anderen Kindern spielte, das Gehen, ja das Sprechen, wenn Beides ihm noch nicht lange zur Gewohnheit gewesen ist; es bleibt dann lange träge und unfähig zu irgend einer geistigen Anstrengung, und erst nach Verlauf von Wochen oder Monaten fangen seine Geisteskräfte an, wieder sich zu regen, Anfangs langsam, dann aber immer kräftiger, bisweilen aber auch bleibt die nun eintretende Entwickelung in ihrem langsamen

Gange und holt niemals wieder ganz die Distanz ein, welche durch die Krankheit verloren gegangen ist.

Beim wirklichen Blödsinne gibt es jedoch weit mehr als dieses, weit mehr als einen blossen Stillstand der Geistesentwickelung in irgend einer Zeit. Der 8 Jahre alte Idiot entspricht in seiner Geistesentwickelung weder einem Kinde von 6, noch von 4, noch von 2 Jahren; seine Seele ist nicht blos, wenn ich mich so ausdrücken darf, ganz zwerghaft, sondern sie ist in der That verunstaltet oder mit anderen Worten, es verhält sich die Seele eines in der geistigen Entwickelung zurückgebliebenen Kindes zu der Seele eines Idioten, wie der Körper eines wohlgestalteten Zwerges zu dem Körper einer Missgeburt oder eines durch Zufall oder Krankheit bewirkten Defektes, wobei die Willensschwäche eben so auffallend wird, wie der blose Mangel der Fassungskraft. Es treten uns in Betreff dieses Gegenstandes zahlreiche Fragen entgegen; viele derselben bin ich gar nicht im Stande zu beantworten und auf keine kann ich einen durchaus genügenden Bescheid geben. Die Ursachen des Blödsinnes, der Einfluss, den eine Kenntniss derselben auf unsere Prognose haben könnte, das Verhältniss der Epilepsie und der Paralyse zum Blödsinn sind nur einige wenige der vielen wichtigen Fragen, deren Erledigung noch zu erstreben ist. Ich hege die Hoffnung, es werde nicht lange mehr dauern, dass diejenigen Anordnungen in den zur Aufnahme von Blödsinnigen eingerichteten Häusern *), welche den Aerzten nicht gestatten, sie Behufs des Studiums zu besuchen, hier zu Lande eine Modifikation erleiden, oder dass wenigstens die ärztlichen Beamten der Institute es für ihre Pflicht halten und sich dazu befähigt finden werden, über so wichtige und noch so wenig erörterte Fragen gehörige Auskunft zu erlangen.

Bis zu unseren Tagen ist, so viel ich weiss, der einzige, wirkliche systematische Versuch, hinsichtlich des Blödsinnes ein ganz genaues Studium vorzunehmen, derjenige, den Dr. Howe

*) Es ist wohl kaum nöthig zu bemerken, dass hier der Idiotismus gemeint ist, der nichts mit derjenigen Varietät zu thun hat, welche in gewissen Alpengegenden endemisch ist und unter dem Namen „Kretinismus“ in der neuesten Zeit die Aufmerksamkeit in so hohem Grade auf sich gezogen, und ein Gegenstand der Fürsorge der Sardinischen, Oesterreichischen und Schweizerischen Behörden geworden ist.

in Boston unter Autorität des Hauses der Repräsentanten von Massachusetts gemacht hat. So schätzbar aber auch ein solches Studium in vieler Hinsicht sein mag, so gewähren seine Resultate doch nur gewisse allgemeine Anschauungen und können niemals als positive medizinische Facta betrachtet werden. So zum Beispiel bemerkt Dr. Howe als ein Resultat seiner Untersuchungen, dass in 420 Fällen von 574 der Blödsinn angeboren war, allein diese Zahlen würden, wenn man sie für absolut richtig halten wollte, ganz gewiss zu einer sehr bedeutenden Ueberschätzung der Häufigkeit des angeborenen Blödsinnes führen. Es is unzweifelhaft, dass in einer grossen Zahl von Fällen der Blödsinn von der frühesten Kindheit an datirt, aber da sich an den wirklich angeborenen Blödsinn das Gefühl der Hoffnungslosigkeit knüpft; so ist es sehr wünschenswerth, dass der aus jenem Zahlenverhältnisse hervorgehende Eindruck nicht zu hastig aufgenommen werde, und obwohl meine Ansicht nur auf eine verhältnissmässig kleine Zahl von Fällen sich stützt, so muss ich doch meine entschiedene Ueberzeugung dahin kund thun, dass die Fälle von angeborenem Idiotismus in der That nur die Minderzahl, nicht aber $^4/_5$ aller Fälle ausmachen.

Indessen ist auch der deutliche Beweis, dass der Blödsinn wirklich angeboren ist, durchaus noch kein genügender Grund, ihn als durchaus hoffnungslos anzusehen oder ihn als einen Zustand zu betrachten, der nicht noch eine bedeutende Besserung zuliesse, und Niemand, der die Kinder gesehen hat, welche vor etwa einem Jahre in London als Azteken gezeigt worden sind, braucht zu verzweifeln, dass sie, oder überhaupt dass Kinder, deren Gehirnkonformation sehr unvollkommen ist, nicht noch viel zu lernen im Stande wären. Geht man sehr genau in die Geschichte derjenigen Kinder ein, die angeblich von Geburt an blödsinnig sind, so erfährt man gewöhnlich, dass sie bis zu einer gewissen Zeit, namentlich bis in das erste Jahr hinein, ganz gesund gewesen sind, dass sie mehrere Krampfanfälle gehabt haben, die 1, 2 oder 3 Jahre lang in unbestimmten Zeiten wiederkehrten oder gar habituell geworden sind, und dass von da an ihre Geistesentwickelung in jeder Hinsicht zurückblieb und in manchen Punkten vollständig stillstand, während die Merkmale wirklichen Blödsinnes mit jedem folgenden Jahre immer deutlicher hervortraten. Das Aufhören der Krampfanfälle scheint durchaus nicht in allen Fällen eine Besserung des Geisteszustandes zur

Folge zu haben, und andererseits sind, so viel ich weiss, die mit Epilepsie behafteten Idioten, selbst wenn ihre Anfälle aus einer sehr frühen Periode datiren, keineswegs immer diejenigen, deren Geistesentwickelung am niedrigsten steht. In anderen Fällen lässt sich aus der Geschichte des Kindes nichts entnehmen, woraus zu schliessen wäre, wann der Blödsinn begonnen hat, sondern es ergab sich nur, dass, während der Körper des Kindes sich weiter entwickelte, sein Geistesvermögen stehen blieb, bis sich allmählig den Verwandten die schmerzhafte Ueberzeugung von selbst aufdrang, dass das Kind am Blödsinn litte. In anderen Fällen hat irgend eine ernste Gehirnkrankheit, welche das Leben des Kindes in seinem 2ten, 3ten oder 4ten Lebensjahre oder auch später bedroht hatte, eine Geistesschwäche hinterlassen, während ich andererseits ein- oder zweimal bei Kindern in Folge von habitueller Masturbation die Geistesthätigkeit bis fast zum Blödsinn herabsinken sah, und doch bin ich der Meinung, dass von allen diesen Fällen keiner im wahren Sinne des Wortes als Idiotismus bezeichnet werden kann.

Selbst in der allerersten Kindheit findet sich bei dem wirklich idiotischen Kinde ein Zug, welcher es als sehr verschieden von Kindern desselben Alters darstellt. Ein solches Kind ist nicht fähig, seinen Kopf aufrecht zu erhalten, sondern dieser schwankt von einer Seite zur anderen, ohne dass das Kind sich anstrengt, dieses Wackeln des Kopfes zu verhüten, und oft wird dadurch lange vorher, ehe noch irgend ein anderer Umstand Verdacht erregt, die Mutter in Angst gesetzt. Dann bemerkt man, dass das Kind auf nichts merkt, dass seine Augen den Augen der Mutter nicht mit dem Blicke des Erkennens begegnen, mit dem von einem freundlichen Lächeln begleiteten Blicke, womit ein gesundes, selbst nur 3 Monate altes Kind sonst seine Mutter zu begrüssen pflegt. Dann findet sich, dass das Kind keine Neigung hat, nach etwas zu greifen, was doch gewöhnlich das erste Merkmal des kindlichen Willens oder Thuns zu sein pflegt. Wird es von der Wärterin auf den Arm genommen, so zeigt es kein Hüpfen in den Gliedmassen, und wenn auch bisweilen ein sonderbares leeres Lächeln ihm über das Antlitz streicht, so vernimmt man doch nicht das herzliche, muntere Lachen der Kindheit oder das freundliche Kreischen und Kichern eines inneren Frohsinns. Mit zunehmendem Wachsthum zeigt das Kind keine Lust, hingestellt zu werden oder seine Füsse zu fühlen, wie die

Kinderwärterinnen sich auszudrücken pflegen. Wird es auf den Boden gelegt, so schreit es vielleicht, aber es macht keinen Versuch, sich umherzuwälzen oder fortzukriechen, wie sonst Kinder zu thun pflegen. Lernt es endlich stehen oder gehen, so geschieht das sehr spät, ungeschickt und unvollkommen, während nicht selten in den schwachen Beinen die Thätigkeit der Adduktoren der Oberschenkel so vorherrscht, dass die Beine sofort sich kreuzen, wenn das Kind eine aufrechte Stellung annimmt, und diese Schwäche kann Jahre lang andauern. Die Zähne zeigen sich nur spät; oft erscheinen sie nur unregelmässig und ausser ihrer gewöhnlichen Reihenfolge; nicht selten fangen die Schneidezähne schon an, brüchig und kariös zu werden, ehe die Backenzähne noch hervorgekommen sind, während eine übermässige Sekretion der Speicheldrüsen und das stete Auströpfeln des Speichels eine sehr häufige und sehr widrige Erscheinung bei vielen idiotischen Kindern ist.

Störung und Unordnung in dem Dentitionsprozesse sind oft eine der ersten Andeutungen der gestörten körperlichen Entwickelung bei idiotischen Kindern. Die Kiefer wachsen nicht in dem Verhältnisse, wie die Zähne hervorkommen, und man findet daher gewöhnlich bei idiotischen Kindern ein hohes und enges Mundgewölbe, enge Kiefer und über einander gedrängte Zähne. Das Wachsthum geht überall nur langsam vor sich, und trotz des Ausdruckes eines frühzeitigen Alters, welches das Angesicht des idiotischen Kindes so oft darbietet, würden wir dasselbe, wenn wir blos nach der Grösse, Form und Ausbildung des Körpers urtheilen wollten, für viel jünger halten müssen, als es wirklich ist *). So wie das idiotische Kind langsam ist im Aufmerken, langsam im Fassen-, Gehen- oder Stehenlernen, so ist es auch langsam im Sprechenlernen. Es kommt nur sehr spät dazu; oft erlangt es nur wenige Worte und auch diese nur mit Schwierigkeit; oft gebraucht es dieselben Worte, um ganz Verschiedenes damit auszudrücken; gewöhnlich artikulirt es die Worte undeutlich und oft so unvollkommen, dass es wirklich unverständlich wird. —

*) In den sehr interessanten Berichten des Dr. Howe finden sich einige Data, welche diese Angaben bestätigen; seine Messungen beziehen sich jedoch auf erwachsene Idioten und nicht auf idiotische Kinder.

Es gibt eine Klasse von Idioten, welche keinen Fortschritt machen, sondern ihr ganzes Leben lang unter dem Geistesvermögen der Thiere verbleiben, aber die Mehrheit nimmt mehr oder minder langsam gewisse Eigenthümlichkeiten an, wie ich sie beschrieben habe, und so treten mit jedem folgenden Jahre die charakteristischen Merkmale des Idiotismus immer deutlicher und deutlicher hervor. Irgend ein Geistesvermögen scheint oft der allgemeinen Verkümmerung entgangen zu sein; so zeigt ein blödsinniges Kind eine richtige Auffassung der Zeitdauer, ein anderes einen besonderen Trieb für eine gewisse mechanische Beschäftigung, ein drittes einen Begriff der Zahl, und es ist von grosser Wichtigkeit, in jedem einzelnen Falle diesen einen lebensvollen, an das Menschenwesen erinnernden Punkt zu ergreifen; denn dieser Punkt ist es, von dem man ausgehen kann, um noch andere Geisteskräfte aus ihrer Stumpfheit möglicherweise emporzuheben. Aber auch solche Geistesthätigkeit, welche noch übrig geblieben zu sein scheint, steht weit zurück gegen dieselbe Geistesthätigkeit bei gesunden Kindern; wirkliche mechanische Geschicklichkeit, ein wirklicher musikalischer Sinn, eine wirkliche Geschicklichkeit, mit Zahlen umzugehen, sind sehr selten. Die übriggebliebene Geistesthätigkeit ist auch nur eine schwache und kümmerliche, aber sie überrascht durch den Kontrast im Gegensatz zu der völligen Abwesenheit aller übrigen Geistesäusserungen eines blödsinnigen Kindes.

Man muss dieses wohl im Gedächtnisse behalten, um sich hinsichtlich der Resultate, welche man von den zur Erziehung blödsinniger Kinder eingerichteten Instituten erwartet, vor Täuschung zu bewahren. Die Blödsinnigen dahin zu bringen, dass sie Reinlichkeit, Ordnung und Anstand bewahren, dass sie im gewissen Grade für sich selbst Sorge tragen können, in ihnen gewisse reinmenschliche Neigungen oder sittliche Gefühle zu erwecken, sie schreiben und lesen zu lehren, sie irgend einer Beschäftigung zuzuführen, sie für menschliche Vergnügungen empfänglich zu machen, ist ein Ziel, welches wohl einiger Mühe und Unruhe werth ist. Von Menschen abstammende Geschöpfe, die fast unter die Linie eines unvernünftigen Thieres hinabgesunken sind, wieder zu menschlich fühlenden, menschlich denkenden und menschlich wollenden Wesen zu erheben, selbst, wenn sie auch nicht eine hohe Stufe dieser Erhebung erreichen, ist Das, was man von der Erziehung der Blödsinnigen hoffen darf;

wollte man übertriebene Erwartungen daran knüpfen, wollte man für solche Erwartungen die Institute einrichten, so würde man eher Nachtheil als Vortheil herbeiführen und selbst die Verwirklichung des Möglichen beeinträchtigen.

Es treten der Erziehung und dem Unterrichte der Blödsinnigen zwei grosse Hindernisse entgegen. Das eine Hinderniss ist die gewohnte Trägheit und Gleichgültigkeit, das andere die Unfähigkeit der Blödsinnigen, ihre Aufmerksamkeit lange genug auf einen Punkt zu fixiren. Ich spreche hier nicht von denjenigen Fällen, wo alle Verstandeskräfte vollständig fehlen, und wo eine sichere Unterbringung des unglücklichen Geschöpfes das Höchste ist, was gethan werden kann; ich meine vielmehr diejenigen Fälle, für welche wohl bisweilen der Rath des Arztes in Anspruch genommen wird, und wo noch einiges Gedächtnissvermögen, einiger Nachahmungstrieb, ein geringer, schwacher Grad von Aufmerksamkeit, kurz, wo noch einige lichte Ueberreste menschlichen Geistes, und folglich auch noch einige Lernfähigkeit vorhanden sind. In solchen Fällen darf man, wie schon angedeutet, die Erwartungen nicht zu hoch spannen und folglich auch die Hoffnungen der Eltern nicht zu sehr erregen, wenn man diese und sich selbst vor Täuschungen bewahren will; denn das Kind, welches durch sorgfältige Erziehung und Lehre aus seinem Blödsinne heraus so weit gebracht worden ist, um einige einfache Fragen zu beantworten und sogar einen Einwand bisweilen zu erheben, ist nicht im Stande, seine Aufmerksamkeit genügend zu fesseln, um noch eine zweite Frage zu beantworten oder in derselben Sache noch einmal denselben Einwand vorzubringen, während es vielleicht einige Augenblicke später bei Wiederholung der Frage wieder sich fähig zeigt, eine korrekte Antwort zu geben. Je weiter wir auf der Stufenleiter der Geistesbefähigung hinabsteigen, desto auffallender tritt uns diese charakteristische Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit lange genug zu fesseln, entgegen, bis wir zuletzt einen Punkt erreichen, wo bei ganz gesunkener Fassungskraft das Kind Stunden lang dasitzt, ohne etwas zu denken oder auf etwas zu merken. Die erste Stufe darüber ist es, die uns diejenigen Kinder darstellt, welche die fortwährende, so eigenthümliche Rastlosigkeit zeigen, durch die sie beständig in Bewegung gesetzt und angetrieben werden, jeden Gegenstand, den sie erreichen können, zu betasten, ohne sich jedoch länger als einige Sekunden dabei aufzuhalten, und diese Rastlosigkeit, diese auf geistiger

Schwäche beruhende, fortwährende Beweglichkeit bilden ein grosses Hinderniss für ihre Besserung. Der Idiot ist für nichts zu interessiren und interessirt sich für nichts, und diese Gleichgültigkeit, diese Geistesträgheit, diese Unlust zu jeder körperlichen oder geistigen Anstrengung, die sich fast in allen Fällen wahrnehmen lässt, ist sehr wohl vereinbar mit der erwähnten Rastlosigkeit oder dem geschäftigen Nichtsthun, wodurch sich der Blödsinn so oft charakterisirt. Diese Uebel sind, selbst durch die besten Bemühungen, äusserst schwer zu bekämpfen, so lange das Kind zu Hause bei den Eltern bleibt, und ich bin daher immer geneigt, den Rath zu ertheilen, dass man ein solches blödsinniges Kind in ein ausschliesslich zur Erziehung von Idioten eingerichtetes Institut schicke. Ein anderer Grund dafür liegt in dem Umstande, dass der Nachahmungstrieb, welcher beim blödsinnigen Kinde oft noch sehr deutlich sich kund thut, ein vortreffliches Mittel zu seiner geistigen Erweckung gewährt, das ganz verloren geht, wenn es allein erzogen wird, während ausserdem noch manche andere, wenn auch nur schwach vorhandene geistige Kräfte nicht anders erweckt werden können als in Gesellschaft anderer Kinder von ungefähr demselben Alter und ähnlicher Geistesschwäche. —

Um jedoch alles Dasjenige zu erreichen, was möglicherweise durch die Erziehung der Idioten erreicht werden kann, ist es von grosser Wichtigkeit, sie genau und sorgfältig zu klassifiziren, das heisst die hoffnungslosen Idioten nicht mit Denen zusammenzubringen, die noch der Besserung fähig sind; ferner die bloss irrsinnigen Kinder nicht mit den blödsinnigen zu mischen und endlich die Kinder von sehr verschiedener Geistesfähigkeit weder bei der Arbeit, noch ohne grosse Aufsicht und Sorge bei ihren Vergnügungen zusammenleben zu lassen. So wichtig Schreiben, Lesen und Kenntniss der Zahlen auch unzweifelhaft sind, so ist doch die Zeit, in welcher darin der Unterricht begonnen werden muss, in verschiedenen Fällen sehr verschieden. Blosses Auswendiglernen von Worten ist keineswegs sehr dienlich, und ein Hersagen derselben keineswegs ein Beweis einer wach gewordenen Geistesthätigkeit des Kindes; denn der Blödsinnige kann, wie ein Papagei, oft dahin gebracht werden, viele Worte und Redensarten nachzusprechen, ohne irgendwie ihren Sinn zu fassen. Eben so schnell wie das Kind diese Worte und Reden nachzusprechen gelernt hat, vergisst es dieselben, sobald der Unter-

nicht unterbrochen wird, und daher gehört solche Uebung des Gedächtnisses, wenn sie auch nicht ganz nutzlos erscheint, keineswegs zu den Hauptpunkten, auf welche die Erziehung hinstreben muss. Es ist aber, glaube ich, hier weder der Ort, noch habe ich die Erfahrung, um in einen so weit umfassenden Gegenstand, wie die Erziehung der Idioten, tiefer einzugehen. Ich begnüge mich daher mit der hier gegebenen Skizzirung der allgemeinen Charaktere des Blödsinns der Kinder und der sowohl auf idiotische als auf irrsinnige Kinder zu verwendenden Erziehung. Eine solche Erziehung ist es, auf welche da, wo wir Aerzte um unseren Rath angegangen werden, wir unsere Bemühungen hinrichten müssen, und ich kann nichts Besseres wünschen, als dass durch Arbeiten Anderer diese meine Bemerkungen eben so überflüssig gemacht werden, wie ich sie selbst für unvollkommen halte.

Ueber Anämie im kindlichen Alter, von Professor L. W. Ritter von Mauthner in Wien. (Vorgetragen in der wissensch. Plenarversammlung des Wiener Doktoren-Kollegiums am 18. Mai 1854.)

Wie die veränderte Lebensweise auf den Einzelnen, so wirkt die Aenderung der Lebensverhältnisse und der Zeitencharaktere auf das gesammte Volksleben ein, jenen Wechsel in den vorkommenden Krankheiten bedingend, welchen von jeher die praktischen Aerzte ihrer Aufmerksamkeit gewürdigt, und zur Richtschnur ihres Handelns genommen haben; welchem daher auch die verschiedenen Heilmethoden ihren Ursprung verdanken, die keineswegs, wie man gewöhnlich glaubt, blos durch die Gunst des Zufalles zur allgemeinen Geltung gelangen, sondern stets von den Fittigen des Zeitgeistes emporgetragen werden.

Dass seit einiger Zeit reine Entzündungsformen seltener vorkommen, ist eine jedem praktischen Arzte längst auffallende Thatsache. Wer auch nicht unbedingt den Ansichten mancher Skeptiker beistimmt, welche gegen jedwede historische Begründung allen Werth der Blutentleerungen in Abrede stellen, wird doch zugeben, dass gegenwärtig die Anzeige zu einem energischen entziehenden Heilverfahren, besonders zu vorzeitigen Blutentleerungen, nicht so oft als sonst vorhanden ist.

Viel ist in der neuesten Zeit über Anämie und Chlorose geschrieben worden, ebenfalls ein Zeichen, dass dieser Zustand jetzt häufiger ist. „Die Blutarmuth, klagt Prof. Richter in Dresden, ist nebst der Tuberkelsucht und dem Krebsübel ein immer mehr verbreitetes Siechthum unserer Zeit, welches die Bevölkerung Europa's einer fortwährenden Raçenverschlechterung zuführt, und daher der ernstesten Beachtung würdig ist*)." Nach Valentiner sind die meisten der jetzigen Neuralgieen durch Anämie bedingt**), und nach Trousseau beherrscht heutigen Tages die Chlorose die gesammte Pathologie des Weibes***). Wenn aber dem so ist, dann ist auch begreiflich, warum die jetzige Generation an anämischer Blutbeschaffenheit leidet; denn anämische Mütter erzeugen anämische Kinder.

Leider gibt es aber noch eine Menge anderer Einflüsse, welche die Blutbildung im kindlichen Organismus stören und verkümmern. Die Anämie ist nicht allein oft angeboren, sondern ist auch nicht selten eine Folge der vorschnellen Entwickelung und des rascheren Wachsthums, und entsteht auch häufig aus anderen lokalen und allgemeinen Ursachen.

Der pathologische Zustand, welchen man so nennt, ist aber wie Wunderlich†) sagt, schwer von anderen proportionalen Blutabnormitäten zu trennen, und Nasse hat gezeigt, dass selbst jene Anämieen, welche durch Aderlässe künstlich erzeugt wurden, keine reinen sind, indem sich auch stets die Veränderungen in den Eigenschaften des Blutes nachweisen lassen.

Vom klinischen Standpunkte ist man jedoch berechtigt, Blutmangel als Grundlage eines Krankseins anzunehmen, wenn der allgemeine Zustand des Individuums Blutdürftigkeit verrathet, wenn sich die Symptome des Krankseins aus keiner anderen Ursache erklären lassen, wenn endlich das gemäss dieser Annahme gewählte Heilverfahren schnell zu einem günstigen Resultate führt.

Die Behauptung, dass eine anämische Blutbeschaffenheit dem Kinde häufig angeboren ist, scheint mit der normalen Blut-

---

*) Blutarmuth und Bleichsucht. Leipzig 1850. Pag 4. u. 85.

**) Die Bleichsucht und ihre Heilung. Kiel 1851. Pag. 42 u. s. w.

***) l. c. Motto „la chlorose domine la pathologie de la femme.

†) Pathologische Physiologie des Blutes. Stuttgart 1845. Pag. 60.

fälle des Neugeborenen im Widerspruche zu stehen, dessen sämmtliche Gewebe und Organe bekanntlich blut- und gefässreich sind. Valentin*) hat gezeigt, dass die Gesammtmasse des Blutes beim Neugeborenen verhältnissmässig grösser ist, als im spätern Alter; denn ein 5 bis $6^1/_4$ Pfund wiegendes Kind hat nahe an 2 Pfund Blut**), während die gesammte Blutmasse eines Erwachsenen im 30. Lebensjahre, dessen Gewicht man auf 69 Kilogrammes, also auf 130 bis 138 Pfunde annimmt, nur 31 Pfund Blut, also $^1/_8$ des ganzen Körpergewichtes, beträgt. Diese physiologische Blutfülle beim Neugebornen ist aber selbst im Normalzustande bald vorübergehend, indem sie im ersten Lebensjahre schon verschwindet, da nach Valentin ein 1jähriger Knabe, dessen Gewicht 20 Pfund zu sein pflegt, nur $4^1/_4$ Pfund Blut im Ganzen hat, während er proportionell wenigstens 6 Pfund haben sollte.

Schon durch diese relative Abnahme der Blutmenge im gesunden Zustande ist die Leichtigkeit des Entstehens von Blutmangel im kindlichen Alter zu begreifen. Nun wird allerdings innerhalb einer gewissen Grenze ein relativer Zustand von Gesundheit noch bei wirklichem Blutmangel bestehen können, da, wie Virchow***) ganz richtig bemerkt, jedes Individuum ein gewisses Maass von Herzkraft und Blutfülle hat, nach welchem sich in den Gefässen der Inhalt und der Blutdruck accommodirt, wodurch jener Grad von elastischer Spannung erhalten wird, der hinreicht, um dem Seitendrucke zu begegnen.

Wenn aber dieser individuelle physiologische Zustand durch pathische Potenzen gesteigert wird, dann gewinnt derselbe um so mehr an Bedeutung, je grösser die Empfänglichkeit für Alterationen solcher Art ist, was die Analyse im Kinderblute nachweist. So haben Denis und Lecanu †) als konstantes Ergebniss ihrer Analysen des Kindesblutes gefunden, dass der wässerige Bestandtheil des Blutes bei Kindern und Greisen beträchtlicher ist, als bei im reifen Alter stehenden Personen. Moleschott hat erst

---

*) Universal-Lexikon der prakt. Medizin und Chirurgie. Leipzig 1844. 12. Band. Pag. 438. Sanguis.

**) Nämlich 0,50 bis 0,73 Kilogrammes, das Kilogramm wird zu 2 Pfund bürgerl. Gewicht gerechnet.

***) Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Erlangen 1854. Pag. 103. I.

†) Universallexikon der prakt. Med. 12. Bd. pag. 437.

kürzlich gezeigt *), dass die Zahl der farblosen Blutkörperchen bei Knaben von $2^1/_2$ Jahren am grössten ist, indem sie im Durchschnitte $4^1/_2$ pro Mille beträgt, während das Mittelverhältniss bei Erwachsenen nur 2,8 ist. Selbst die Analysen vom Kinderblut bei Entzündungskrankheiten (da man bei anämischen kein Blut nehmen kann) haben mich nach Dr. Heller's Angaben überzeugt, dass die Zahl der Blutkörperchen stets zwischen 70 und 100 pro Mille, und der wässerige Bestandtheil über 800 betrage, während nach Häser **) und Andral ***) das Mittelverhältniss der Blutkörperchen bei Erwachsenen 127 bis 130 pro Mille und der wässerige Bestandtheil 790 ist.

Mit diesen numerischen Nachweisen stimmt nun die klinische Erfahrung vollkommen überein. "So ist es bekannt, dass im kindlichen Alter keine physiologischen und viel seltener kritische Einflüsse in Krankheiten vorkommen, die Natur also im gesunden Zustande den etwaigen Ueberfluss von Blut nicht ausscheidet. Selbst Lungenblutung ist bei Tuberkulose selten, während die so häufigen inneren Magen- und Darmblutungen zu den ominösesten Zufällen gehören. Es ist ferner Erfahrungssache, dass Kinder durch künstliche, selbst nicht bedeutende Blutentziehungen, oft schnell in Anämie verfallen, ja dass sie selbst durch Verlust von weissen Säften, namentlich von serösen und schleimigen Durchfällen ungemein schnell dahingerafft werden. Daher kommt es auch, dass selbst bei exquisiten Pneumonieen schon ein Paar Blutegel Erleichterung bringen, während beim Erwachsenen die zehnfache Anzahl nicht dasselbe leistet. Andererseits hat oft ein kleiner Blutverlust, unzweckmässig und unbedachtsamer Weise angewendet, Lungenödem und Lungenparalyse zur Folge. Wie schnell bei Kindern in Folge plastischer Exsudationen Anämie und Hydrämie eintreten, hat jeder praktische Arzt gewiss oft genug erfahren.

Da Schwankungen in dem proportionalen Verhalten der Blutbestandtheile im Normalzustande bei Neugeborenen grös-

*) Ueber das Verhältniss der farblosen Blutzellen zu den farbigen. Wiener med. Wochenschrift. 1854. Nr. 8.

**) Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der patholog. Chemie des Blutes von Häser. Jena 1846. pag. 9.

***) Versuch einer pathologischen Hämatologie von Andral. Leipz. 1844. pag. 28.

ser sind, als bei älteren Kindern, so unterliegen dieselben dermalen um so häufiger der Blutverarmung, weil ihnen die Pauperität der Hämatose oft schon vom mütterlichen Leibe aus mitgetheilt worden ist. Daher kommt es, dass jetzt mit einem solchen Zustande von Blutdürftigkeit das ganze erste Lebensalter durchsiecht, und die erste Zahnperiode mühsam durchgekämpft werden muss.

Die Ursache dieser jetzt so oft angeborenen Anämie liegt in allgemeiner Körperschwäche der Mütter, als deren Folge manche Leibesfrucht abortiv und bald nach der Geburt zu Grunde geht. Sie ist nicht selten die Folge kümmerlicher Ernährung während der Schwangerschaft, wie dieses bei den dem Proletariate angehörigen Müttern meistens der Fall ist, welche, mit Noth und Sorgen kämpfend, dennoch bisweilen 18 bis 20 Mal nacheinander gesegnet werden.

An angeborener Anämie leiden oft die letzten Sprösslinge einer mit Kindern gesegneten Familie, welche, wenn die erschöpfte Mutter nicht zu stillen vermag, und der Vater nicht die Mittel hat, eine Amme zu nehmen, durch die künstliche Auffütterung noch mehr herabkommen. — Bei Zwillingen ist nicht selten eines oder beide anämisch. Ein Kind, während dessen Fötallebens ein anderes an der noch milchenden Brust der Schwangeren genährt wurde, leidet meistens an Blutverarmung. Ebenso wirken Blut- und Schleimflüsse während der Schwangerschaft verarmend auf die Blutbildung des Kindes ein. Endlich zeugen gewöhnlich abgelebte, schwächliche, in Jahren vorgerückte Väter anämische Kinder.

Häufig liegt der angeborenen Anämie Syphilis zu Grunde. In diesen Fällen ist zwar eine quantitative Abweichung der Blutbestandtheile vorhanden, die wir aber noch nicht kennen, daher wir diesen pathologischen Zustand des Blutes vorläufig mit den Franzosen als Anaemia syphilitica bezeichnen müssen. Diese Form der Anämie ist sehr verbreitet, und für die Generation von den betrübendsten Folgen. Sie wird selten erkannt *), und wenn dann ein solches Kind mit schlummernder Syphilis durch Vaccination einer zweiten künstlichen Blutvergiftung unterzogen wird,

*) Wer die Tragweite dieses Nichterkennens zu würdigen vermag, der wird es gewiss mit mir bedauern, dass das klinische Studium der Pädiatrik bisher noch so wenig betrieben wird.

entwickelt sich nach derselben eine Art von Drüsenkranksein, woran die Impfung an und für sich ganz unschuldig ist. Ich pflege daher anämische Kinder erst zu impfen, wenn die erste Dentition beendet, und der Habitus gebessert ist.

Von der Intensität der angeborenen Lues und den Ernährungsverhältnissen des Kindes hängt es ab, ob und in welchem Grade die spezifischen Symptome dieser Krankheit zum Vorschein kommen. Bekanntlich äussert sich die angeborene Syphilis als Exkoriationen an den Nasenöffnungen, den Mundwinkeln, der Afterspalte und den weiblichen Geschlechtstheilen, welche Exkoriationen mit einer speckig aussehenden Exsudatmasse sich bedecken, ferner als Blennorrhoe der Augen, der Nase, der Genitalien, des Mägens und Darmkanales, als Schwellung und Wucherung der Mundhöhlen- und Mastdarmschleimhaut, endlich in der Haut als Roseola, Pemphigus, Ekzem, Psoriasis, zuweilen aber blos durch eine eigenthümliche Dünnheit, Glätte, Kühle und Durchsichtigkeit der Epidermis.

Unter günstigen Verhältnissen, besonders wenn das Kind die Brust einer gesunden Amme hat, gut gepflegt wird, und wenn die ihm vererbte Lues von minderer Intensität war, oder wenn vielleicht die Lebensenergie der Schwangeren die Dyskrasie des Vaters zu mildern im Stande war, — kann es geschehen, dass die angeborene Syphilis in keiner anderen Form als in allgemeiner Blässe und Blutleere auftritt, wobei dann, trotz der besten Pflege und der reichlichsten Zufuhr von Nahrung, solche Kinder langsam zahnen, und gegen feindliche Einflüsse wenig Widerstand zu leisten vermögen.

Da überdies selbst bei dem höchsten Grade von Blutarmuth jede andere gleichzeitig vorhandene Dyskrasie ihren Charakter nie ganz einbüsst, so erlischt auch in solchen Fällen die der Syphilis eigene Tendenz zu krupösen und tuberkulösen Bildungen nie, und so kommt es, dass, wenn auch solche Kinder das erste Lebensjahr glücklich überstanden haben, sie später bei der geringsten Veranlassung von höchst stürmischen krupösen Entzündungen ergriffen werden und an Tuberkulose zu Grunde gehen.

Die zweite Form der kindlichen Anämie, nämlich die Entwickelungs-Anämie, kommt in jedem Zeitraume des rascheren Wachsthums vor; nur sieht natürlich die Dentitions-Anämie anders als die Pubertäts-Anämie (Chlorose) aus, welcher letzte-

ren zwar Aglobulese zu Grunde liegen soll, die aber doch im Wesentlichen nichts Anderes als Anämie ist.

Was die Erscheinungen der Dentitions-Anämie anbelangt, so kommen viele der sogenannten Zahnbeschwerden auf Rechnung derselben. Man ist aber noch zu sehr gewohnt, und die Erfahrung früherer Zeiten mag dazu berechtigt haben, alle dergleichen Zufälle von aktiver Hyperämie herzuleiten, während ihnen oft gerade die entgegengesetzte Blutbeschaffenheit zu Grunde liegt. Dass zu einer Zeit, in der Bildung und Wachsthum des Körpers so rasch vor sich gehen, ein grösserer Verbrauch von festen und flüssigen Stoffen Statt finden müsse, ist klar. Daher will das Kind den ganzen Tag essen, während gleichzeitig alle Se- und Exkretionen vermehrt sind. So werden Schleim, Speichel, Urin und Stuhl in unglaublicher Menge ab- und ausgeschieden. Aber eben deshalb, weil das Bedürfniss nach Stoffaufnahme im Kinde so gross ist, ist auch die Ernährungsfrage in diesem Zeitraume von grösstem Belange. Nasse hat durch Versuche an Thieren nachgewiesen, dass Fleischnahrung das Blut koagulabler als Pflanzennahrung macht, und die Menge der Blutkörperchen durch Beförderung ihrer Bildung vermehre *). Entziehung der Nahrung vermindert die Menge der Lymphkörperchen, wenn das Athmen fortdauert **). Aus zucker- und stärkemehlhaltiger Nahrung entsteht nach Schulz schleimiges Lymphplasma, aber keine Blutkügelchen ***). Da für den Antheil der vegetabilischen Nahrung, welche der Mensch geniesst, der Blinddarm und die Blinddarmdigestion bestimmt sind, dieser aber im Kinde noch sehr unentwickelt ist, so scheint allerdings Pflanzenkost für ihn weniger zu passen. Gewöhnlich werden aber diese hungrigen Kinder mit mehliger Nahrung überfüttert, und daher entsteht oft binnen wenigen Wochen eine allgemeine Anämie, die sich selbst bis auf die Knochen erstreckt. Knochentabes ist ja bekanntlich dermalen eine sehr häufige Erkrankung bei den im Zahnen begriffenen Kindern. Je mehr überdies bei ungünstigen Ernährungsverhältnissen während der Dentition die Anämie zunimmt, desto mehr bemüht sich der Bildungstonus darum, das Fehlende zu ersetzen, und

---

*) Ueber den Einfluss der Nahrung auf das Blut. Marburg 1850. pag. 66.

**) l. c. pag. 46.

***) l. c. pag. 49.

daher kommt es, dass bei solchen mit Anämie und habitueller Angiostenose behafteten Kindern, deren Organe zur Aufnahme grösserer Blutmengen unfähig geworden, oft ohne äussere Veranlassung Stasen und Entzündungen entstehen.

Die Erfahrung bestätigt das Gesagte. Sie lehrt nämlich, dass, wenn Kinder während der Dentition anämisch werden, sie gerade häufiger, als gesunde und kräftige, Entzündungen unterliegen, und, da in solchen Fällen die Erscheinungen der Reaktion im Gefäss- und Nervensysteme Anfangs um so stürmischer sind, je mehr das Blut durch die in die entzündeten Gewebe stattfindende Exsudation verarmt, so ist es oft sehr schwer, die hinter diesen Zufällen verborgene Blutarmuth zu erkennen, daher man leicht zu Blutentleerungen verleitet wird, welche den unglücklichen Ausgang nur beschleunigen.

Man ist berechtigt, eine anämische Blutbeschaffenheit während der Dentition anzunehmen, wenn das bis zu dieser Zeit blühend aussehende Kind blass, reizbar und schlaflos ist, grosse Mengen eines wässerigen Urines entleert, wenn die mitunter spärlich abgehenden Fäkalmassen viel Phosphate, Eiweiss, Kasein und Fett enthalten, welche Stoffe bekanntlich zur Ernährung bestimmt sind, und daher nicht in zu grosser Menge dem kindlichen Organismus entzogen werden dürfen. Sehr häufig entsteht auch diese Dentitions-Anämie in Folge einer schleimigen und serösen Diarrhoe, welche meistens viel zu leicht genommen und vernachlässigt, ja von Vielen sogar als heilsam angesehen wird, wodurch die für die Ernährung so wichtigen Albuminate verloren gehen. Ja es mag sogar nicht selten vorkommen, dass selbst wirkliches Blut unerkannt und unbeachtet lange durch den Darmkanal ausgeschieden wird; denn bei der Zartheit und Vaskularität der kindlichen Darmschleimhaut kommen exosmotische kapilläre Blutungen bei Kindern viel häufiger vor, und da dieses Blut, wenn es in den oberen Partieen des Dickdarmes und gar in den Dünndärmen ausgeschieden wird, nicht als solches, sondern durch die Einwirkung der Darmgase und der übrigen Contenta verändert als ein hellgrünes festes Coagulum erscheint, so verleitet dieses zur Annahme einer gefahrlosen stärkeren Gallenausscheidung. Wenn aber täglich auf die Weise nur wenig Blut verloren geht, bringt doch eine solche Blutung den Kranken durch ihre lange Dauer herab. Ich hatte Gelegenheit, einen ernsten Fall der Art im Kinderspitale zu beobachten. Das

Kind litt zu Hause lange an einem sogenannten Zahndurchfalle. Als man Hilfe suchte, war es schon ganz anämisch, und hatte täglich mehrere grünliche, dünne, später dunkelbräunliche Darmausscheidungen, bis zuletzt blutige Ausleerungen, ja eine förmliche Haemorrhagia intestinalis sich einstellten. Bei der Sektion fand ich längs der ganzen gefässreichen Dünndarmschleimhaut ungeheure Massen dünnen, zum Theil koagulirten Blutes, wovon die Darmhäute stellenweise imbibirt waren; sonst weder in den Organen des Unterleibes, noch irgend wo anders eine Ursache des Todes.

„Wenn die plastischen Kräfte des Organismus, sagt Canstatt sehr wahr, durch rasche natürliche und krankhafte Evolution erschöpft werden, bildet sich oft plötzlich Tuberkulose, und die verborgen gewesene Tuberkelmaterie erwacht, und beginnt nun erst als Krankheitsreiz auf die Organe zu wirken, und deshalb kommt die Tuberkulose so häufig zur Zeit körperlicher Evolutionen, während der Zahnung, nach überstandener Vaccine u. s. w. vor“ *). Aus diesem Grunde ist auch jede während der Dentition entstehende Blutverarmung sehr zu fürchten. Wenn auch nicht gar selten schon bei sechs Wochen alten Kinderleichen hier in Wien Tuberculosis und sogar wirkliche Phthisis pulmonalis (Kavernen) gefunden wird, so habe ich doch am häufigsten diese Krankheit bei Kindern erst während der Dentition ausbrechen gesehen. Sie ist selten von aktiver Hyperämie begleitet, sondern entwickelt sich vielmehr gewöhnlich, nachdem Anämie längere Zeit vorausgegangen. Man bemerkt nämlich, dass diese Kinder vorher auffallend viel schwitzen, an stürmischen, jedoch leeren, vibrirenden, weit verbreiteten Herzpulsationen und an verschiedenen Arten von passiven Schleimflüssen leiden. Die bei der Chlorose vorfindlichen Nonnengeräusche habe ich bei dieser Anämie oft gar nicht, und selten so deutlich gehört. Es hat übrigens die Untersuchung des Halses bei so kleinen Kindern grosse Schwierigkeiten, und überdies wird durch ihre Unruhe das Trachealathmen so laut, dass man leicht ein vorhandenes schwaches Nonnengeräusch überhört. Jedenfalls muss man zu dieser Exploration ein Hörrohr mit kleiner Endöffnung haben, und es nicht stark andrücken.

Virchow nimmt eine akute Form spasmodischer Anämie

*) Spezielle Pathologie und Therapie I. Bd. 215.

an, die durch plötzliche Verengerung der Gefässe als Folge von krampfhaften Muskelkontraktionen entstehen kann. Während der Dentition kommen nun auch derartige Zufälle vor, wo das Gleichgewicht zwischen Blut- und Nervensystem fast plötzlich aufgehoben erscheint, was in dieser Zeit um so leichter geschehen kann, je mehr die Energie des Organismus durch den Entwickelungsakt in Anspruch genommen ist. Es werden dadurch jene Organe am meisten gefährdet, welche eine Blutleere weniger als andere vertragen, wie dieses beim Gehirn der Fall ist. Daselbst kann es geschehen, dass die Natur in ihren Heilbestrebungen, die fehlende Menge organischer Flüssigkeit schnell zu ersetzen, ohne einen entzündlichen Vorgang, ja gerade durch einen der Entzündung entgegengesetzten pathologischen Zustand eine seröse Exsudation setzt, was man bei solchen anämischen Kindern während der Dentition nicht selten zu beobachten Gelegenheit hat. Nichts ist überhaupt für den Kinderarzt wichtiger, und kann jüngeren Aerzten nicht dringend genug an's Herz gelegt werden, als dass man wisse, dass plötzliche Zufälle, ja selbst der Tod, bei Kindern eben so leicht durch Anämie wie durch Hyperämie entstehen können. Häufig wird man von Konvulsionen bei Kindern überrascht, bei denen längere Zeit eine katarrhöse Diarrhoe unbeachtet geblieben ist, und welche Kinder durch eine vielleicht vom Arzt selbst angeordnet strenge Diät blutarm geworden sind. Es bedarf oft nur einer geringen Veranlassung, um Konvulsionen und Paralyse herbeizuführen. Wer gegen einen solchen Zustand mit Blutegeln und Kalomel zu Felde zieht, der giesst Oel in's Feuer. „Sehr häufig, bemerkt Wunderlich, werden die Konvulsionen des Kindesalters gar zu gerne als Reizungen angesehen, und nach dem alten Systeme des antiphlogistischen Kurverfahrens behandelt. Sie sind aber eben so oft die Folgen der Anämie, und der durch sie herbeigeführten Störung in der normalen Energie der Nervenfunktionen" *). Als Beispiel solcher nicht selten vorkommenden Fälle führe ich nur folgenden an, den ich ganz kürzlich erlebt habe.

(Fortsetzung folgt.)

*) Pathol. Phys. d. Blutes p. 74.

Zur Lehre von den Krup- und Keuchhustenepidemieen. Von Dr. Santlus zu Hadamar (Nassau).

Wer das epidemische Auftreten der Halsbräune noch bezweifelt, der dürfte sich durch die vielen Krupfälle, welche Ende Dezember 1853 und Anfangs Januar 1854 allenthalben auftraten, leicht vom Gegentheile überzeugen. — Auch in der hiesigen Stadt, so wie in der Umgegend hatten vom 1. bis zum 18. des letztgenannten Monates sich dieselben so sehr gehäuft, dass mir in der Nacht vom 6. auf den 7. nicht weniger als 7 Halsbräunen zur Behandlung kamen und bis zum 18. sich auf 21 Fälle, wovon 7 auf das platte Land kamen, vermehrt hatten, ein Krupkrankheitsverhältniss, wie es bei einer Bevölkerungszahl von 4000 Seelen wohl selten und noch nie in hiesiger Stadt vorgekommen ist*). — Indessen starben von den 21 nur zwei. Es wurden Brechmittel aus Tart. emetic. cum Ipecacuanha verabreicht, viele Blutegel um den Hals gelegt, und darauf Kalomel so lange gegeben, bis grüne Stühle erfolgten. So verfuhren auch meine übrigen Kollegen in der Stadt, die gewiss eben so viele Kinder zu behandeln hatten, und wir waren mit unserem statistischen Resultate zufrieden, — zufriedener als da, wo man zur Tracheotomie geschritten ist. Wenigstens hatte diese Operation in den benachbarten grösseren Städten, wo sie vorgenommen wurde, nicht die Erwartungen befriedigt. In Frankfurt a. M. zum Beispiel ist kein einziges von den kleineren Kindern durch diese Operation gerettet worden, so häufig sie auch daselbst vorgenommen wurde. Ueberhaupt ist am südlichen Abhange des Westerwaldes, an dessen Fuss sich auch das nassauische Städtchen Hadamar ausbreitet, und wo die Hochebene des ersteren in muldenförmige Abstufungen ihre Niederungen beginnt, die Bräune jeden Herbst und jedes Frühjahr um so grösser verbreitet, als anhaltende Nebeldüfte die Abhänge belagern und, bei gleichzeitigem Bestreichen von nordöstlichen Luftströmungen, zu Tracheal- und Bronchialprozessen besonders disponirt machen. So

---

*) Seltsamer Weise kamen die ersten 7 Fälle in einer kleinen, zwei grosse Marktplätze mit einander verbindenden Strasse und in der Reihe nach sich folgenden Wohnungen vor. — Diese Strasse ist dem Sonnenlichte fast ganz verschlossen und der Durchgangspunkt sämmtlicher Stadtkanäle, so wie die tiefste Stelle des ganzen Stadtgebietes.

wurde im Jahre 1847 in Westerburg eine Krupepidemie von mir beobachtet, von welcher ich in einem, an das herzogliche Ministerium abgesendeten Sanitätsberichte (2. Semester 1847) bemerkte, dass unter allen wahrgenommenen Pathogenesen die Halsbräune in diesem Jahre die wichtigste gewesen sei, indem sie nämlich den Charakter einer Epidemie (Epipädie) angenommen hatte. Gleichzeitig wurde angegeben, dass es in der Geschichte der Medizin nicht das erste und einzige Beispiel sei, wo die häutige Bräune unter diesem Gewande aufgetreten, sondern dass sie in Südkarolina in den siebenziger Jahren, namentlich aber noch früher in England (1769) und in Utrecht, in Begleitung mit dem Faulfieber vorgekommen, und auf dem neuen Kontinente — in Neu-York — dermaassen ansteckend gewesen sei, dass sie selbst auf die Heb- und Säugeammen der Kinder übergegangen wäre. — Ferner ist bemerkt worden, dass in jenen Epidemieen das Kalomel zu 40 — 60 Gran täglich verbraucht, nur hilfreich gewesen ist und zuletzt zu den fäulnisswidrigen Mitteln hätte übergegangen werden müssen.

Obgleich die von mir im Winter 18⁴⁷/₄₈ beobachtete Krupepidemie, bei welcher ich 31 Fälle behandelte, sich keineswegs durch irgend einen septischen Charakter auszeichnete, so bot sie dennoch das Eigenthümliche dar, dass sich meistens die Einzelfälle mit einem frieselartigen Hautexanthem an den Oberarmen und um die Klavikulargegend kritisch entschieden hatten. Ich hatte damals die Beobachtung gemacht: dass mit dem Ausbruche eines solchen Exanthemes das topische Leiden um so viel schneller in den Hintergrund getreten war, je mehr dieses durch Erregung der Aussenwärme hervorgerufen worden ist. — Die meisten Fälle waren akute Formen, entstanden meist plötzlich um die Mitternachtsstunde und endeten schon in 2 — 3 Tagen, ja noch früher, entweder in den Tod oder Genesung, je nachdem ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden ist. Bei dem Umstande, dass zu Anfang dieser kleinen Krupepidemie schon im Herbste 1847 die ersten Opfer sehr schnell hinweggerafft wurden, wurde das Volk bei Zeiten aufmerksam, und so waren denn die Todesfälle nicht sehr bedeutend.

Von den durch mich behandelten 31 Kranken starben drei. Unter den letzten befand sich das unter allen Krupkranken älteste Kind, die 6jährige Tochter des Pfarrers S. in G., bei welcher das Leiden sich bis zum 38. Tage hinaus erstreckte, einen

sehr zögernden Verlauf hatte, sich als Bronchialkrup darstellte, wo schwerlich überhaupt noch Hilfe möglich ist. Im Allgemeinen zeigte das Leiden sehr viele Tendenz von der Trachea auf die Bronchien, ja selbst auf die Schleimzellen des obersten Theiles der Lungen überzugehen. — Hatte sich die Affektion einmal so weit verbreitet, dann erschien selten mehr Husten, sondern mehr eine Art von Zischen. Auch die krampfhaften Symptome traten zurück. Statt ihrer war vielmehr eine lautlose, kaum rasselnde Dyspnoe zu beobachten. Untersuchte man in diesen Fällen die Rachenhöhle, so fand man den Eingang in die Luftröhre, wie von einer weissen, dicht aufgetragenen Tünche überzogen, welche sich anfänglich mit einem Federpinsel leicht abspülen liess, später sich aber zu einer häutigen Membran verdichtete. Der Sohn des Lehrers M. zu B. erbrach ganze weisse Röhren, welche wie ausgewaschene Zylinder der Arterieen aussahen und ihre derbe Konsistenz nicht zu verleugnen im Stande waren. — Derselbe starb doch, weil das Uebel jenen schleichenden Gang genommen, und trotzdem wiederholt röhrenförmige, bifurkirte Hautzylinder ausgeworfen wurden, — und die Luftröhre zuletzt ganz von Krupexsudat befreit gewesen ist. — Auch hier hatte das Uebel sich über die Bronchien verbreitet, Umstände, welche wohl jedem glücklichen Erfolge der Tracheotomie in den Weg treten. In den beiden letztgenannten Fällen war es auch zu keiner exanthematischen Hauteruption gekommen, und ich hatte die Bemerkung gemacht, dass die Kinder bei lange sich hinziehender Krise weit mehr gefährdet wurden, als diejenigen, bei welchen das Uebel gleichsam ex abrupto eingetreten war, wenn nur alsbald die ärztliche Hilfe angewendet wurde.

Meine Behandlung bestand in starker Antiphlogose durch Blutegel. In der Regel genügten bei Kindern von 2 Jahren 10—12 (!) derselben, und je nach dem plus oder minus der Jahre, auch mehr oder weniger. Das Bluten wurde so lange unterhalten, bis der Puls klein, das Gesicht ganz blass und der heisere, schrillende Ton des Hustens nachgelassen hatte. Während des Saugens der Blutegel wurde das angegebene Brechmittel verabreicht und nach reichlichem Erbrechen (bis zur Gallensekretion) sogleich Kalomel (nach den Jahren von 1 Gran bis zu 3 Gran steigend mit Cremor Tart. verbunden) so lange stündlich gegeben, bis sehr reichliche, zuletzt wie Kupferwasser grünlich gefärbte Darmausleerungen erfolgten, welche einen penetranten Ge-

stank verbreiteten. — Dem 1 ½ jährigen Brüderchen des oben, als gestorben, bezeichneten Kindes des Pfarrers S., musste ich, um jene Qualität der Darmausleerungen zu erzwingen, in einem Tage 36 Gran Kalomel einflössen. — Nach diesen bewirkten Darmausleerungen schwiegen in der Regel die Hustenzufälle, und die supplementäre Hautkrise — der Krupfriesel — bürgte vor jedem Rückfalle.

Was die Behandlung dieser schrecklichen und auf dem Lande so gefährlichen Krankheit mit Quecksilber und Brechmitteln betrifft, so ist wohl dieselbe eine durch die Erfahrung abgeschlossene Frage, und die Epidemie von $18^{53}/_{54}$ wird diese Wahrheit nur bestätigen können; denn weder die Aetzmethode, noch auch alle aufgebotenen Specifica haben bis jetzt bessere Resultate geliefert. Selbst die von Harder, Müller, Ulrich, Baumbach, Heim, Bischoff u. A. empfohlenen kalten Begiessungen können mit ihr nicht wetteifern.

In Bezug auf den Verlauf des Krups hatte es sich bei genannten zwei tödtlichen Fällen ausser Zweifel gestellt, dass sie zu der chronischen Form gehörten, indem der eine vom 20. November bis zum 27. Dezember und der zweite vom 6. März bis zum 10. April gedauert hatten. — In beiden Fällen verlarvten anfänglich die Katarrhalerscheinungen die Natur des Uebels, und weder im Rachen noch auf der Schleimhaut des Mundes konnten irgendwo Veränderungen angetroffen werden. Ebenso ergab die Auskultation nur Katarrhalrasseln in der Bronchialgegend und nirgends eine krankhafte Veränderung in dem Lungengewebe. Im zweiten Falle, wo wiederholter Auswurf von Krupmembranen sich eingestellt hatte, kamen zum ersten Male die Erscheinungen der wahren Halsbräune (Krupton bei der Inspiration und Bildung von Rachenmembranen) am 29. März zum Verscheine und wiederholten sich bis zum Tode. Eine Auflösung von Alaun, mit einem Federbarte in die Rachenhöhle gebracht, beförderte sehr die Lösung, obgleich das tödtliche Ende eintreten musste, weil die Ausschwitzung sich vielleicht schon eher in den Bronchien ausgebildet hatte, als in der Trachea und im Rachen. Im ersten Falle walteten ähnliche Verhältnisse ob. Dort erschien erst die Membranenbildung sieben Tage vor dem Tode, während vorher ausser katarrhalischen Erscheinungen kein krupöses Symptom zu erkennen gewesen ist. Auch hier ergab die Auskultation keinen sicheren Aufschluss, und das schon sehr verständige Kind hatte

ausser öfterem Katarrhalhusten und kratzigem Gefühle im Halse über gar nichts zu klagen. In beiden Fällen war zwei Tage vor der Exsudation eine höher gesteigerte Röthe der Rachenschleimhaut nicht zu verkennen. — Mag man diesen Zustand mit der eigentlichen Diphtheritis verwechseln, so war doch der Krupton des Hustens bei der Inspiration, so wie die vorhandenen Häute, die sicherste Bürgschaft für die Diagnose, wenn auch noch so viele Subtilitäten bezüglich der letzteren zwischen beiden Prozessen erhoben werden mögen. Bei Krupkomplikationen unterstelle man indessen lieber immer den schlimmsten Fall, damit es nicht gehe, wie jenem Arzte, von dem Heyfelder erzählt, dass er sein eigenes Kind durch Krup verlor, weil er denselben trotz aller Warnung nur für Schafshusten ansah. —

Bei den beiden genannten chronischen Fällen hatten es, ausser den katarrhalischen Vorstadien, die Resultate der Sektion bestätigt, dass die eigentliche krupöse Affektion von den Bronchien ausgegangen war, oder auch umgekehrt, sich darauf ausgebreitet hatte; denn die Koagulationen fanden sich noch in den ersten Bifurkationen der Bronchien. — Auch bestätigte sich durch sie, dass der mehr chronische, verzögerte Krup meist mit Bronchialkrup (Jurine und Lane) verbunden sei, ja dass er sogar von der katarrhalischen Bronchialaffektion sich in seine verschiedenen Formen, zu Laryngeal- und Trachealkrup, ausbilden könne, eine Unterscheidung jedoch, welche in der Praxis zu den grössten Bedenklichkeiten und Schwierigkeiten führen dürfte. — Obgleich solche chronische Krupformen geläugnet werden, so sahen sie dennoch auch Griesselich, Valentin, Weber, J. Frank, Chaussier, Porter u. A., — so wie es auch bestimmt ist, dass sie die schlimmsten von allen bilden, indem sie regelmässig die Bronchialverzweigungen theilweise in das krankhafte Spiel mit hinüberziehen.

Der frieselartige Ausschlag — Krupfriesel, — welcher in dieser Krupepidemie die Krisen begleitete, war, ausser dem, dass er sich nur um die Klavikulargegend und auf die Oberarme erstreckte, noch durch die Art seiner Abschuppung eigenthümlich, indem das Exanthem eine, sonst dem Friesel nicht gewöhnliche, sondern weit breitere, (grossschuppige) Hautabschilferung darbot, die zugleich längere Zeit anhielt. Vielleicht machte Autenrieth solche ähnliche Beobachtungen, welche ihn zu der Ansicht verleiteten, die Masern seien bedingt durch Krupaffek-

tionen; aber der Krupfriesel beweist, dass Krup nicht allein den Masern, sondern auch dem Friesel zugehöre, mithin die Masern ausschliessend kein exanthematisirter Krup sein können. — Ein Grund zur exanthemetischen Krise dieser Krankheit lag vielleicht darin, dass der Genius exanthematicus, schon 1847 vorbereitet, in den nächsten Jahren seine höchsten Formen, den Scharlach und die Blattern, hervorgerufen hatte; denn schon 1850 war der Scharlach allgemein in der ganzen Gegend verbreitet, und schon gleichzeitig mit der Bräune waren auch Varioliden angetroffen worden. In der Mitte Februars tauchte letztere (die Bräune), noch einmal auf, erreichte aber schnell ihr Ende und ging direkt in Keuchhusten über, nachdem bei fast allen Krankheitsprozessen aus dieser Katastrophe die transsudative Tendenz, wie sie die Bräune im höchsten Grade vertritt, beobachtet wurde. Selbst die gelindesten Artikularrheumatismen machten ihre Ausgänge fast regelmässig in seröse Gelenkexsudationen.

Es lässt sich diese Tendenz, so wie auch das Dasein der angegebenen Krupepidemie, leicht aus der damals depotenzirten elektrischen Polarisation des menschlichen Hautorganes gegen die feuchte, umgebende Atmosphäre erklären, eine Ansicht, die sich in den Gesetzen der thierischen Elektrizität hinlänglich begründet findet. Ausserdem hat uns auch die organische Chemie in Bezug auf die animalischen Lebensfunktionen sattsam bewiesen, dass vorwaltendes Hydrogen in der Atmosphäre die Innervation aller Gebilde, namentlich aber die Kapillarinnervation, sehr beeinträchtige. — Selbst bei den, im Monate März vielfach beobachteten, katarrhalisch-rheumatischen Anginen, den häufigen Parotiden, liess sich diese ödematös-transsudative Tendenz nicht verkennen. Bei den Anginen war es die Uvula, welche in der Regel diesen Ausschwitzungsprozess am nachträglichsten zu durchlaufen hatte. Im April und während der Dauer dieses ganzen Monates waren die Erwachsenen grippeähnlichen Prozessen, das kindliche Alter dagegen einem nicht minder gefährlichen Feinde, als der Bräune, unterworfen. Es war der Keuchhusten, welcher letzterer auf dem Fusse folgte und unter den Säuglingen in jenem Zeitabschnitte viele Opfer gefordert hatte. Er tödtete in der Regel durch den Hinzutritt von Pneumonie, eine Komplikation, bei welcher jede Berechtigung auf eine günstige Prognose hinwegfällt. — In denjenigen Fällen, wo diese gefährliche Verwickelung noch nicht statthatte, fand ich bei dieser Epidemie die

Chininpräparate am hülfreichsten. Da die Therapie dieser Krankheit bis heute um nichts weiter vorgeschritten, sondern sich die ärztliche Kunst vergebens um Mittel umsieht, so ist es kein Wunder, wenn Alles, selbst das Heterogenste, versucht wurde, wie z. B. die Blausäure (Altée in Philadelphia), Opium (Rol), Alaun (Bird), schwefelsaures Zink mit Chinin (Coley), die Kochenille (Wachtel und Aberle), Tannin (Geigel), das kohlensaure Eisen (Lombard) u. s. w. als pia desideria angestrebt wurde, und wie bei entzündlicher Komplikation schon vor Sydenham's und Huxham's Zeiten Aderlässe gerechtfertigt worden sind. — Bei Keuchhusten gibt es höchst wahrscheinlich kein spezifisches Mittel. Die Behandlung muss sich vielmehr nach dem herrschenden Charakter der Krankheit und nach der allgemeinen Krankheitskonstitution richten. Auf diese Weise wird bald eine mehr antiphlogistische, wie zu Sydenham's Zeiten, bald mehr eine antispasmodische, bald antigastrische Behandlung eintreten müssen, wie überhaupt der Schlüssel zur Therapeutik meistens in der Constitutio epidemica aufgefunden werden muss — eine Wahrheit, welche in der neuesten Zeit durch die Rademacher'sche Erfahrung auf das Lebhafteste wieder angeregt worden ist.

Um noch einmal von der hiesigen und diesjährigen Krupepidemie zu sprechen, so bot dieselbe zwar nicht jene exanthematische Tendenz dar, ging aber unmittelbar in den Keuchhusten über. Ja es gab sogar einige Fälle, wo der Krup direkt solche Uebergänge gebildet hatte. — Der sechsjährige Sohn des Schuhmachers S. hatte am 10. Januar die Bräune und noch im Monate April den Keuchhusten. — Letzterer folgte der Krupepidemie auf der Ferse und so häufig, dass selbst kaum Wochen alte Säuglinge davon befallen wurden. Auch Erwachsene wurden davon ergriffen, besonders wenn die Brustorgane nicht mehr im Zustande der Integrität sich befanden. — So bekamen zwei Phthisiker den Keuchhusten, indem sie mit daran leidenden Kindern ein und dasselbe Haus bewohnten. — Diese Komplikation wirkte bei diesen Kranken so verderblich, dass das vielleicht noch ferne Ende sehr rasch beschleunigt wurde. — Ein 23 Jahre altes Mädchen mit Lungenkavernen starb daran, nachdem zwei Tage hindurch bei jedem Hustenanfalle nicht zu stillende Blutungen erfolgt waren. — Mit Ausnahme dieser Phthisischen wurden sämmtliche Keuchhustenkranke mit salpetersaurem Silber

behandelt, um auch mit diesem, durch Dr. Helmerich empfohlenen Mittel zu einem vielleicht numerischen Resultate zu gelangen. — Leider aber haben die Lobpreisungen getäuscht, mit denen es empfohlen worden ist. — Ein fünf Wochen altes Zwillingspaar nahm die Pillen nach Helmerich (2 Gran Argent. nitric. auf 36 Pillen) bis zum 28. Tage ohne besondere Erscheinungen. Eben so wurde in 38 Fällen diese Methode pünktlich angewendet, aber durchaus nicht die schnelle, in wenigen Tagen erwartete Heilung wahrgenommen.

Das ist aber nicht zu läugnen, dass der Verlauf des Uebels bei der Anwendung dieses Mittels ein weit gelinderer gewesen, und kein einziges der auf diese Weise behandelten Kinder gestorben ist, während doch sonst Todesfälle durch Keuchhusten vielfach vorgekommen sind. — So erbrachen sich meine Kranken niemals; noch weniger entstanden blutige Ekchymosen in der Albuginea des Auges, die sonst bei heftigeren Graden des Uebels häufig vorkommen. Indessen musste das Mittel bis zur dritten, ja bis zur sechsten Woche fortgegeben werden. — In einer einzigen Familie wurde Chinin verordnet und derselbe Zweck erreicht.

Das beste, wenn gleich vielfach verschieden beurtheilte Mittel war, sobald es möglich wurde, der Aufenthalt im Freien, ein Umstand, welcher den Vertheidigern der Wohnortsveränderungen bei Keuchhusten vollkommen das Wort redet. — Dürfte ein einziges Beispiel den Maassstab und die Autorität abgeben, so könnte ich von einer jetzt auf Cicinati wohnenden Predigerfamilie erzählen, dass sie vor mehreren Jahren, als sie noch die Rheinprovinz bewohnte, mit 7 Kindern $^3/_4$ Jahre lang am Keuchhusten laborirte, und alle Mittel bis zum Arsenik vergeblich angewendet worden sind, das Uebel aber nicht eher schwieg, bis die Familie in das ebene Hochland bei Limburg a/L. sich niedergelassen hatte. Dort war in Zeit von 14 Tagen keine Spur mehr von ihm anzutreffen. — Ist einmal der Keuchhusten ausgebrochen, so begünstigt nichts mehr seine Weiterverbreitung, als die Schule und nichts trotzt mehr der Medikation, als der Aufenthalt in nicht gelüfteten Wohnungen. Die Erneuerung der Zimmerluft (vielleicht auch das Licht?) ist eine Conditio sine qua non der Heilung, so wie das Gegentheil des Pabulums, wodurch das Uebel sich Jahre lang fortzuschleppen im Stande ist.

Bemerkungen über den Luftröhrenschnitt in der letzten Periode des Krups und über die Dysphagie, welche bisweilen darauf folgt, von Dr. E. Archambault in Paris*).

Im Jahre 1825 machte Bretonneau zuerst den Luftröhrenschnitt mit Erfolg im letzten Stadium des Krups und gab in seinem bekannten Werke über die Diphtheritis Vorschriften über die Vollziehung dieser Operation, die noch heutigen Tages das Fundament für die weiteren Untersuchungen bilden. Es ist seitdem der Luftröhrenschnitt als ein vortreffliches Rettungsmittel gerühmt worden, und zählt eine grosse Zahl von glücklichen Erfolgen; besonders ist dieses in Frankreich und namentlich in Paris der Fall, wo viele Kinder existiren, welche ihr Leben dieser Operation verdanken, und wo Professor Trousseau sie eingeführt und sich alle Mühe gegeben hat, sie in Kredit zu bringen. Allein trotz alles Dessen, trotz dieses günstigen Resultates, trotz der von Trousseau und von Guersant veröffentlichten statistischen Data und ermunternden Berichte erregt doch noch die hier angeregte Operation den Schrecken der Aerzte, wenigstens die Mehrzahl derselben. Einige halten sie, und zwar mit Unrecht, für eine äusserst schwierige Operation, andere, die leichter und mit weniger Ueberwindung zum Messer greifen, fühlen sich durch vorgefasste Ideen über das Bestreben der Diphtheritis, sich immer weiter zu verbreiten, oder auch durch die üblen Folgen, welche in einigen Fällen die Operation nach sich zog, zurückgehalten. Alle aber wollen und können nicht läugnen, dass der Luftröhrenschnitt in der Stadt ein Mal in 3 Fällen und im Hospitale ein Mal in 4 Fällen Erfolg gebracht hat und zwar in einer Krankheit, die, wenn sie einmal so weit gelangt ist, mit Bestimmtheit den Tod zur Folge hat. Der Luftröhrenschnitt gegen den Krup verbreitet sich, wie ich sage, nur langsam und bleibt, selbst in grossen Städten, allein in den Händen chirurgischer Celebritäten, die sich, wenigstens in Paris, alle Mühe geben, die Operation immer mehr einzuführen und ihre leichte Ausführbarkeit, auch durch weniger geübte Operateure, darzuthun.

Es scheint mir daher bei diesem Stande der Dinge die Pflicht eines Jeden zu sein, die Resultate seiner eigenen Erfah-

*) Union médic. de Paris Juilliet 1854.

rung öffentlich kund zu thun, sollten sie auch nur als Beispiel für diejenigen dienen, die noch Furcht oder Besorgniss vor der Operation hegen, und es ist diess der alleinige Grund, dass ich die beiden folgenden Fälle mittheile, welche ich im Jahre 1853, nachdem ich eben meinen Dienst in der Klinik des Professor Blache verlassen hatte, behandelte und in welchen der Luftröhrenschnitt von mir verübt worden war.

Erster Fall. Am 30. Oktober 1853 wurde ich auf Empfehlung des Herrn Trousseau zu einem 6 Jahre alten Mädchen gerufen, welches angeblich in Folge des Krups im Sterben lag. Die Kleine, von guter Konstitution und bis dahin ganz gesund, begann am 16. Oktober über etwas Halsschmerzen zu klagen; man achtete aber nicht darauf. Am 17. und 18. war der Halsschmerz noch vorhanden, und es gesellte sich etwas Husten dazu. Am 19. ist der Husten noch lebhaft, und es tritt Erbrechen ein. Es wird ein Arzt herbeigerufen, welcher einen beginnenden Krup erkennt und ein Brechmittel, eine beruhigende Mixtur, Senfteige um den Hals und einen Pinselsaft aus Salzsäure mit Rosenhonig verordnete. Am 20. hat sich der Zustand der Kleinen so weit gebessert, dass man ihr schon etwas zu essen erlauben darf. Die Behandlung wird fortgesetzt, mit Ausnahme des Brechmittels, und in den nächsten Tagen macht die Besserung noch mehr Fortschritte. Am 24. besucht Professor Moreau, der eigentliche Hausarzt der Familie, der bis dahin krank gewesen, das Kind; er findet es in ziemlich gutem Zustande und lässt den Pinselsaft, so wie die Umschläge um den Hals noch ferner gebrauchen. Trotz alles Dessen klagt das Kind fortwährend über Halsschmerz, hat eine etwas belegte Stimme und einen kleinen, aber quälenden Husten. Ohne die Aerzte zu befragen, setzte man dem Kinde vier Blutegel, die glücklicherweise wenig Nachblutung zur Folge hatten und es also nicht sehr schwächten. Am 26. verordnet Moreau, nach einer Konsultation mit seinem Freunde, wieder ein Brechmittel, ferneres Bepinseln mit Salzsäure und Honig und ausserdem einen Senega-Aufguss. Am 27. und 28. bei zunehmender Verschlimmerung abermals ein Brechmittel und ausser dem Senega-Aufguss noch Inhalation von salzsauren Dämpfen, ferner senfhaltige Fuss- und Handbäder und Verdunstung von Essig im Zimmer. Die Krankheit lässt sich aber nicht aufhalten, und am 30. erklären die beiden Aerzte den Luftröhrenschnitt für das einzige Rettungsmittel. Die Eltern, die bei einem

ihrer Freunde ein Kind kannten, das durch die Operation gerettet worden war, entschieden sich nach einigem Widerstreben dafür, und da Professor Trousseau abgehalten war, so wurde ich dazu empfohlen.

Ich fand die Kleine, die in den Armen der Mutter lag, in der höchsten Erstickungsgefahr; das Antlitz bläulich, mit kaltem Schweisse bedeckt; die Extremitäten kalt; Puls erbärmlich, aussetzend und schwierig zu zählen; Darniederliegen der Gliedmassen, so dass, wenn man sie aufgehoben hat und losliess, sie wie vollständig gelähmt niederfielen. Das Kind ist gleichgültig gegen Alles, was vorgeht, und zeigt eine verminderte Empfindlichkeit. Das Athmen geschieht langsam und mit auffallender Anstrengung; die Gegend der Magengrube vertieft sich auffallend unter den Zusammenziehungen des Zwerchfelles; im Kehlkopfe lässt sich ein schwaches Pfeifen hören, welches die Verengerung der Oeffnung bezeugt, durch welche sich die Luft durchdrängt. Mit einem Worte, ich fand die Kleine in dem Zustande, dass sie binnen 2 Minuten erstickt sein musste; ich konnte daher auf die beiden behandelnden Aerzte nicht warten, sondern ich machte unter dem Beistande eines benachbarten Apothekers sofort die Operation. Das Kind verhielt sich dabei wie ein Kadaver; ich vollzog den Luftröhrenschnitt genau nach den von Trousseau gegebenen Vorschriften, ohne mich durch die gänzliche Prostration des Kindes zu grösserer Eile bestimmen zu lassen. Nach einigen Minuten war die Operation vollzogen und die Kanüle eingesetzt. Sofort trat etwas Husten ein, dann zeigte sich die Athmung ganz regelmässig und mit einer heftigen Anstrengung stiess das Kind Fetzen falscher Membranen aus. Ich legte eine Kravatte aus Mousseline, wie Trousseau vorgeschrieben hat, über die Oeffnung der Kanüle und liess das Kind, warm eingehüllt, in's Bett bringen, wo es sofort einschlief. Alsbald verlor sich die bläuliche Farbe des Antlitzes, die Haut wurde überall warm, und der Puls voll und regelmässig. Jede arzneiliche Behandlung wurde ausgesetzt, das Kind bekam Grützwasser mit Milch, und das Zimmer wurde stets in einer Temperatur von 16—17° C. gehalten. Am 30. Abends: Das Antlitz hatte einen natürlichen Ausdruck; die Haut etwas heiss; Puls 112; Widerhall der Brust an beiden Seiten sehr gut; 34 Athemzüge in der Minute, grosses und zerstreutes Schleimrasseln. Aus der Kanüle sind wenig Hautfetzen ausgestossen worden; einige Halsdrüsen

etwas geschwollen. — Am 31.: Die Nacht ist gut gewesen; Athmung still und ruhig, 30 Athemzüge in der Minute, die Haut frisch und dunstend, Puls 104. Etwas Schleimauswurf mit kleinen Hautfetzen aus der Kanüle. Widerhall der Brust gut, grossblasiges Schleimrasseln. Die Ränder der Wunde werden kauterisirt, das Kind bekommt verdünnte Milch und 3 Tassen Brühe. — In den nächstfolgenden Tagen nimmt die Besserung immer mehr zu, die Zahl der Athemzüge wird normal, die Haut frisch, und der Puls ging nach und nach bis auf 84. Am dritten Tage nach der Operation: Keine Hautfetzen mehr im Auswurfe; etwas grossblasiges Rasseln ist noch in der Brust vernehmbar. Das Kind ist lustig und hat Appetit; es erhält Suppen, weiche Eier, Fleisch, und es geschieht nichts weiter als Kauterisation der Wundränder mit Höllenstein. Am 4. November wird der Versuch gemacht, die Kanüle zu entfernen, und nach dem Zuhalten der Wunde mittelst des Daumens athmet das Kind ganz vortrefflich auf gewöhnliche Weise, spricht deutlich und ist im Stande, ein etwas ferne gehaltenes Wachslicht auszublasen. Es werden nun die Wundränder durch Pflasterstreifen einander genähert, und Alles geht gut. Am 7. November zeigen sich die Wundränder weissgrau belegt und sie werden deshalb noch einmal kräftig kauterisirt. Das Kind bekommt Fleisch und alten Wein. Später ist noch eine Kauterisation nothwendig, dann aber verwächst die Wunde, und das Kind ist vollständig geheilt.

Zweiter Fall. Am 14. November 1853 werde ich auf Empfehlung des Herrn Guersant nach Belleville zu einem 5 Jahre alten Knaben gerufen, der sich im letzten Stadium des Krup befand. Die Krankheit hatte sich sehr schnell entwickelt. Nach Angabe des Arztes der Familie bot der Knabe am 13. um 2 Uhr alle Symptome des Krup dar; auf den Mandeln und im Rachen war nichts zu sehen; die Erstickungsgefahr war bereits sehr gross. Nach Angabe der Eltern hatte sich das Kind am 12. ganz gesund zu Bette gelegt; am 13. begann es auf gewöhnliche Weise zu husten und bereits um 2 Uhr war es in dem besagten Zustande. Die verordneten Mittel hatten eine scheinbare Besserung zur Folge, die gegen Abend eintrat, aber am 14. um 4 Uhr Morgens war die Respiration so beengt, dass jeden Augenblick der Tod drohte. Der Luftröhrenschnitt wurde als das einzige Rettungsmittel erkannt. Ich fand in der That das Kind fast ganz bewusstlos; die Athemzüge geschahen langsam, fast krampf-

haft, und man erkannte, dass nur wenig Luft in die Lungen eindrang; die Haut bläulich, die Glieder kalt, der Puls äusserst klein und unregelmässig, das Angesicht mit kaltem Schweisse bedeckt. Das Kind war fast schon todt; ich konnte auf den Hausarzt nicht warten, sondern schritt in Gegenwart zweier anderer herbeigerufener Aerzte zur Operation.

Der Knabe war fett, hatte einen kurzen Hals und dicke Venen. Ich machte den Luftröhrenschnitt mit möglichster Umsicht und Ruhe, und nach einigen Minuten war die Kanüle angebracht. Die Respiration stellte sich sogleich nicht wieder her; man musste sie durch mässigen Druck auf den unteren Theil der Brust künstlich erregen, und bald stellte sich ein heftiger Hustenanfall ein, wodurch Hautlappen mit dickem Schleime ausgetrieben wurden. Eine günstige Veränderung folgte sogleich; der Knabe wurde warm eingewickelt und mit einer die Luftröhrenöffnung umhüllenden Mousselinekravatte in's Bette gebracht, wo er sogleich einschlief. Keine Medikation; nichts weiter als verdünnte Milch, die Wärme des Zimmers wird stets von 16—17° C. gehalten.

Am 15.: Puls 120, Haut heiss, die Nacht aber ist gut gewesen, 36 bis 30 Athemzüge. Widerhall der Brust an beiden Seiten gut, aber viel Schleimrasseln, welches besonders in der rechten Lunge auffallend wird. Auf beiden Mandeln ein kleiner Hautbeleg, den ich mit Höllenstein kauterisire. Auch die Wundränder werden kauterisirt, da sie sich weissgrau zu überziehen streben. — Am 16.: Die Nacht ist gut gewesen, der Knabe ist munter, die Haut immer noch heiss, Puls 120, Schleimrasseln immer noch reichlich, besonders rechts, Athemzüge 34. Im Halse ist nichts Diphtheritisches mehr zu bemerken, aber wohl zeigen sich noch kleine Hauttrümmer in den Auswurfsstoffen. Kauterisation der Wundränder; verordnet wurden innerlich eine Schleimmischung, ferner Mineralkermes, Brühe, einige Tassen Milch. —

Am 17.: Allgemeiner Zustand fast derselbe; der Knabe hat sich zwei Mal erbrochen; Puls 110 bis 120, Athem 32 bis 34. Immer noch viel Schleimrasseln in der Brust, die Wunde wird kauterisirt. —

Am 18.: Etwas Besserung; die Haut weniger heiss, Puls 100 bis 104. Die Angehörigen freuen sich sehr über die Munterkeit des Knaben, Athem 32. Wiederholte Kauterisation der

Wunde; der Knabe verlangt zu essen; er bekommt Brühe, Suppen u. dergl. — In den drei nächsten Tagen vermindert sich zwar das Fieber, aber die Zahl der Athemzüge kommt nicht über 30 in der Minute; Schleimrasseln, besonders rechts. Der Knabe hat ein munteres Ansehen, guten Appetit und kann gut schlucken. Der Kehlkopf ist nicht frei; erst am 21. kann das Kind einige Sekunden durch ihn athmen. —

Am 22.: Man nimmt die Kanüle weg und verbindet die Wunde; der Knabe athmet leicht, obwohl er dabei unruhig ist und weint. Er ruft aber deutlich nach der Mutter und ist fähig, ein Wachslicht aus einiger Entfernung auszublasen. Die Ränder der Wunde werden einander genähert, am 25. ist sie fast ganz verwachsen, und das Kind geheilt. —

In diesen beiden Fällen hat die Krankheit einen sehr verschiedenen Gang genommen. Im ersten Falle hat sich die diphtheritische Bildung mehr als 14 Tage im Rachen aufgehalten, ohne sich bis in den Kehlkopf zu verbreiten, ganz nach dem von Bretonneau beobachteten Gange. Bretonneau nämlich hat angegeben, dass die falschen Membranen zuerst sich auf der Schleimhaut des Rachens zeigen, dann in den nächsten Tagen Schritt vor Schritt weiter gehen, bis sie die Luftwege erreichen und sich also aus einer Diphtheritis des Schlundes zu einem wirklichen Krup gestalten. Die Natur der Krankheit ist da, wie hier, dieselbe, und die Verschiedenheit der Symptome ist allein abhängig von der Verschiedenheit des Sitzes der falschen Membranen. Selten aber ist dieser Gang der Diphtheritis so langsam wie in meinem ersten Falle, wobei freilich in Betracht gezogen werden muss, dass die angewendeten Mittel, namentlich das Bepinseln mit Salzsäure, die Krankheit aufgehalten hat, und man würde sie vielleicht ganz beseitigt haben, wenn man die Säure rein, oder statt ihrer eine kräftige Höllensteinlösung angewendet hätte. In unserem zweiten Falle dagegen entwickelte sich die Krankheit mit überraschender Schnelligkeit, und es war auf den Mandeln oder überhaupt im Rachen keine Spur von Diphtheritis bemerkt worden. Die Krankheit begann im Kehlkopfe, und erst am Tage darauf zeigten sich die Mandeln belegt. Einen ähnlichen Fall hat vor Kurzem Vidal beobachtet.

Dritter Fall. Ein Knabe, 10 Jahre alt, kam am 16. September 1853 wegen Masern in die Abtheilung des Herrn Blache; die Masern waren mit Bronchitis begleitet und hatten einen chro-

nischen Durchfall zur Folge. Am 14. Januar 1854, bis zu welcher Zeit der Knabe den Saal nicht verlassen hatte, klagte er über Halsschmerz, und man bemerkte Dyspnoe, ein Pfeifen beim Einathmen und einen trockenen, rauhen Husten. Die Stimme war fast ganz erloschen, Rachen und Mandeln zeigen sich stark geröthet, jedoch ohne Hautbeleg; die Halsdrüsen sind nicht geschwollen. Am Abende wird, da die Zufälle noch dieselben sind, Ipekakuanha verordnet; es erfolgt reichliches Erbrechen, aber um 9 Uhr tritt ein wirklicher Erstickungsanfall ein. — Am 15. Morgens: Stimme fast vollständig erloschen; Husten rauh, trocken, krupartig; grosse Angst, Puls 136, Athemzüge 54; kein Hautbeleg im Rachen und Schlunde zu erblicken. Verordnet wird eine Abkochung der Senegawurzel mit Ipekakuanha-Syrup, Meerzwiebelhonig und etwas Kirschlorbeerwasser, und auf den vorderen Theil des Halses wird stündlich mit grauer Salbe eine Einreibung gemacht. Am 16.: In der Nacht sind neue Erstickungsanfälle eingetreten; die Stimme ist noch immer erloschen, Husten krupertig, immer noch kein Hautbeleg im Halse zu erblicken. Die Behandlung bleibt dieselbe. — Am 17.: Ein grosser Hautlappen ist von dem Knaben ausgeworfen worden; sein Aussehen ist besser, Stimme und Husten noch eben so; in der Brust ist Schleimrasseln mit vesikulärem Athmungsgeräusche hörbar. Die Behandlung bleibt dieselbe. — Am 18.: Das Kind hustet am Abende vorher zahlreiche Hautfetzen aus, deutliche Besserung, reichlicher Schleimauswurf, und am Abende dieses Tages wird noch eine falsche Membran von der Länge der Luftröhre ausgeworfen. Dieselbe Behandlung.

Der Knabe wurde durch die innere Behandlung allein hergestellt. Ich erzähle seine Geschichte nicht weiter, die ich auch nur angeführt habe, um zu zeigen, wie plötzlich der Kehlkopf und die Luftröhre von der diphtheritischen Entzündung ergriffen werden können, ohne dass im Halse irgend etwas von einer falschen Membran zu erblicken ist. Solche Fälle müssen wohl im Gedächtnisse bewahrt werden, da sie, wenn auch nur ausnahmsweise, vorkommend, doch leicht die Diagnose schwierig machen. Wir wissen wohl, dass das Fehlen der falschen Membranen im Rachen und Schlunde sehr oft darauf beruht, dass diese Belege durch die angewendeten Mittel zerstört und beseitigt worden sind, ehe sie den Kehlkopf erreicht haben; aber in den beiden angeführten Beispielen ist dies nicht der Fall gewesen.

Ich komme nun wieder auf meine beiden Operationen zurück. Beide Fälle gewährten für den Luftröhrenschnitt sehr verschiedene Hoffnung. Im ersten Falle nämlich konnte man aus dem langsamen Verlaufe auf einen milden Charakter der Krankheit schliessen und unter der Annahme, dass, wie jede andere Krankheit auch die Diphtheritis ihr Stadium der Zu- und Abnahme habe, konnte man voraussetzen, dass sich der Kranke in dem Abnahmestadium befände, und dass aus dem einen oder dem anderen Grunde oder aus beiden Gründen zugleich die falschen Membranen sich nicht bis in das feine Luftröhrengezweige erstreckt hätten. Ganz anders war es aber in unserem zweiten Falle; der Knabe befand sich erst im Zunahmestadium des Krups, denn es war der zweite Tag nach dem Beginne der Krankheit, und schon hatte die Krankheit einen sehr beunruhigenden Grad erreicht. Es war demnach sehr zu fürchten, dass die Diphtheritis sehr schnell die Bronchien erreichen und unsere Anstrengungen vergeblich machen würde. Diese trübe Prognose aber hat das Resultat glücklicherweise nicht bestätigt; der Knabe wurde vollständig geheilt, obwohl nach etwas längerer Zeit, als es beim ersten Kinde der Fall gewesen. Hieraus können wir schliessen, dass, wenn die sehr rasche Entwickelung des Krups die Prognose überhaupt ungünstiger stellt, sie doch keineswegs als eine Gegenanzeige gegen den Luftröhrenschnitt betrachtet werden kann, ja dass auch diese rasche Entwickelung nicht einmal mit Bestimmtheit die reiche Bildung oder Weiterverbreitung der diphtheritischen Produkte bekundet; denn die Erstickung oder Asphyxie, welche durch sie herbeigeführt wird, ist abhängiger von dem Sitze der genannten Produkte als von der grösseren oder geringeren Strecke der Schleimhaut, welche sie einnehmen, und ein nicht grosser Hautbeleg in der Gegend der Stimmbänder hemmt viel sicherer die Respiration, als wenn die ganze Luftröhre davon eingenommen, der Kehlkopf aber davon verschont geblieben ist, ein Verhältniss, das wohl vorkommt, aber sehr selten ist.

Man darf die Operation nicht zu spät vornehmen. Dies ist die allgemeine Regel, der ich jedoch folgenden Satz entgegenstellen zu müssen glaube: es ist niemals zur Operation zu spät, sofern der Tod positiv zu erwarten steht oder gleichsam schon vorhanden ist. Ich habe selbst eine gute Zahl von Kindern gesehen, bei denen das Leben in dem Augenblicke, als die Operation beendigt war, erloschen zu sein schien, und wo es dennoch

ziemlich leicht gelang, durch Reibungen, durch Hebung und Senkung der Brust und durch Einblasen von Luft mittelst der Kanüle die Respiration wieder hervorzurufen. Letzteres, nämlich das Einblasen von Luft durch die Kanüle, geschieht am besten mittelst eines in diese eingesetzten Kautschukkatheters, so dass der Mund des Einblasenden von der Wunde entfernt und vor der Berührung mit dem diphtheritischen Belege geschützt bleibt. Hat man aber einen solchen Katheter gerade nicht bei der Hand, so darf man natürlich nicht säumen, den Mund selbst auf die Wunde zu setzen.

Man hat gegen diese Art und Weise, die Respiration wieder zu erwecken, verschiedene Einwände erhoben. 1) Man hat gesagt, es werde dadurch eine Ruptur der Lungenbläschen und folglich ein Lungenemphysem erzeugt. Ich glaube in der That nicht, dass darin eine wirkliche Gefahr liegt. Bei fast allen Kindern, welche eine Zeit lang an starker Dyspnoe und an heftigen Hustenanfällen gelitten haben, ist Emphysem vorhanden. In Folge des heftigen Druckes durch die Hustenanstrengung wird die eingeathmete Luft nach allen Richtungen hin komprimirt, und kann die Lungenbläschen ausweiten und eine Ruptur in einigen derselben bewirken. Sehr bedeutend von dieser heftigen Einwirkung eines sehr starken Hustens unterscheidet sich die Gewalt, welche der Operateur nöthig hat und auch nur verwenden soll, um die Luft bis in das letzte Bronchialgezweige hineinzutreiben. Geschieht das Einblasen mit Vorsicht, so kann es unserer Ansicht nach keinen Nachtheil, sondern nur Vortheil haben. Ich habe es in Gegenwart mehrerer Kollegen im Kinderspitale zweimal vorgenommen und jedesmal mit dem besten Erfolge. Ausser dem Einblasen von Luft gibt es noch einen anderen, nicht weniger wichtigen Akt, den man Aspiration genannt hat, und der darin besteht, dass man die in die Luftröhre gerathenen Flüssigkeiten hinaufsaugt; dieses muss aber mit der allergrössten Vorsicht geschehen, um nicht die falschen Membranen sich in den Mund zu ziehen. 2) Dann hat man gesagt, dass die dem Kinde eingeblasene Luft ja die ausgeathmete Luft eines Menschen sei, und dass sie folglich eine gewisse Menge Kohlensäure enthalte, von der man sie nicht befreien könne. Das ist allerdings wahr, und damit die eingeblasene Luft so rein als möglich sei, muss man rasch mehrere grosse Ein- und Ausathmungen hintereinander machen, bevor man das Einblasen beginnt, und dann ver-

steht es sich von selbst, dass, sowie die Respiration des Daliegenden einmal erregt ist, was man doch auch nur eigentlich zur Absicht hat, man mit dem Einblasen aufhört und der Natur das Weitere überlässt. Es kann demnach der Gehalt an Kohlensäure in der eingeblasenen Luft wenig Nachtheil haben. —

Es kann die Besorgniss, bei der Operation des Luftröhrenschnittes in irgend eine unvorhergesehene Verlegenheit zu gerathen, manche Aerzte zaghaft machen und abhalten, kühn mit derselben vorzutreten, wo die Anzeige dazu eine dringende geworden; es kann namentlich in den Fällen, wo das Kind fast schon athemlos daliegt, die Furcht, dass mit vollendeter Operation die Athmung doch nicht wiederkehren werde, die Aerzte erschrecken. Allein sie dürfen sich dadurch nicht abhalten lassen; denn die Erfahrung hat gelehrt, dass in der grösseren Zahl von Fällen die Respiration sich von selbst einstellt und zwar ganz vollständig, ja dass man nicht selten genöthigt ist, die Hoffnungen der Eltern, Angesichts des augenblicklichen Erfolges der Operation, noch zu mässigen. War nämlich der kleine Kranke, bevor man dem Eintritte der Luft in die Lungen einen künstlichen Weg gebahnt hat, anscheinend dem Tode gänzlich verfallen, so ist die durch die Einführung der Kanüle eintretende Belebung eine so schnelle, eine so überraschende, dass die Angehörigen das Kind für vollständig gerettet halten und gewöhnlich mit den lebhaftesten Dankbezeigungen den Operateur begrüssen, und stellt sich späterhin dennoch ein ungünstiges Resultat ein, so pflegen sie fast niemals dasselbe der Operation beizumessen.

Wenn nun aber ein mit Krup behaftetes Kind bis zur Asphyxie gelangt ist, wie die Kranken in unseren beiden Fällen, muss man da nicht fürchten, dass es während der Operation unterliege? Die in Zeitschriften und Werken bekannt gemachten Fälle und die Operationen, die wir selbst im Kinderspitale haben vornehmen gesehen, bestätigen diese Furcht keineswegs. Nur ausnahmsweise ist ein solches Ereigniss eingetreten, und in den überaus wenigen Fällen der Art, die man aufgezeichnet findet, war die ausgebildete Asphyxie nicht die Ursache des Todes, sondern es hatte derselbe einen anderen Anlass. So sahen wir im Jahre 1852 ein kleines, sehr kräftiges Mädchen, gerade als die Operation ihr Ende erreichte, plötzlich sterben; dieser plötzliche Tod war Anfangs nicht zu erklären; am anderen Tage erkannte man,

dass eine quer über die Luftröhre laufende grosse Vene durchschnitten und Luft in dieselbe eingedrungen war.

In seiner Abhandlung über das Oedem der Glottis empfiehlt Bayle, mit dem Luftröhrenschnitte nicht zu lange zu warten, damit, wie er sagt, die Lungen nicht ganz ausser Stand gesetzt werden, die nach der Operation frisch eingedrungene Luft in sich aufzunehmen und ihre Funktionen wieder zu vollziehen. Er glaubt, dass die krampfhaften Anstrengungen, zu welchen die Lungen genöthigt sind, die Fähigkeit haben, ihre Lebensthätigkeit zu stören und so weit zu vernichten, dass sie, selbst wenn Luft frei in sie eintritt, nicht mehr ordentlich die Blutumwandlung bewirken. Bayle würde anders geurtheilt haben, wenn er von den beiden von uns erzählten und von vielen anderen Fällen, die wir gesehen haben, Zeuge gewesen wäre. Er würde dann erkannt haben, dass die krampfhaften Anstrengungen der Lungen ihre Lebensthätigkeit nicht zerstören oder schwächen, da nichts weiter nöthig ist, als in die Lungen wieder Luft einzuführen, um die Athmung, den Blutumlauf, die Wärmeerzeugung und die Sinnesfunktionen wieder vollkommen in Schwung zu bringen. Man hatte, wie Bretonneau bemerkt, zur Zeit Bayle's eine irrige Vorstellung von der Grösse der Stimmritze; man hielt diese Oeffnung für durchaus klein, und man begriff daher nicht die Nothwendigkeit, bei Obstruktion des Kehlkopfes durch eine so grosse, weite Oeffnung, wie man sie jetzt macht, der Luft einen Zugang zu verschaffen. Man machte höchstens auch nur eine ganz kleine Oeffnung, die nicht Luft genug zur Blutumwandlung zuliess, und die Folge war, dass, wenn das Leben auch einige Zeit erhalten wurde, doch der Tod zuletzt eintrat, und man sich nun für berechtigt hielt, diesen unglücklichen Ausgang der vernichteten Lebensthätigkeit der Lungen beizumessen.

Wollte man aus allen diesen Bemerkungen schliessen, dass man in Fällen von Krup mit dem Luftröhrenschnitte warten müsse, bis der Tod ganz nahe ist, so wäre man in einem gefährlichen Irrthume. Man würde dann erst alle Mittel erschöpfen und warten müssen, bis die Gefahr ihren höchsten Grad erreicht hat; man würde dann ganz ruhig die Suffokation sich ausbilden, die Pulslosigkeit, die Athemlosigkeit, die Hautkälte, die passive Gehirnkongestion und das damit verbundene Koma herankommen und Zerreissungen von Lungenbläschen in dem Kampfe der Dyspnoe und des Hustens und die daraus hervorgehende Erschöpfung

eintreten lassen müssen, bevor man operirt, und endlich würde man sich verhehlen müssen, dass in solchen Zuständen die Minute nicht zu bestimmen ist, in der das Leben erlischt, und dass man mit dem Abwarten geradezu den Tod verschulden kann. Wir rathen im Gegentheil, die Operation vorzunehmen, ehe die Dinge so weit gekommen sind; es hat uns nur wichtig geschienen, darauf aufmerksam zu machen, dass der beim Krup auch in extremis verübte Luftröhrenschnitt nicht weniger Aussicht auf guten Erfolg gewährt. Es ist dieses in der That ein ganz glücklicher Umstand; denn der Widerwille der Menschen gegen eine Operation, die so abschreckend erscheint, wie der Halsschnitt, bringt die Familien gewöhnlich dahin, bis zum letzten Augenblicke, bis das Kind anscheinend im Sterben liegt, die Operation zurückzuweisen. Willigen sie endlich darein, so schätzen sie doch das Kind für verloren und halten in sich den Operateur nicht für verantwortlich, falls das Kind nicht gerettet würde. Der Operateur aber ist ganz vortrefflich daran; er kann mit aller Ruhe operiren; er hat die beste Hoffnung, das Kind in's Leben zurückzurufen, er ist in sich vollkommen gerechtfertigt, weil das Kind ohne seine Operation ganz gewiss sterben würde, und erntet dennoch das Lob und die Ehre, eine Wunderkur bewirkt zu haben.

Bei unseren Operationen sind wir der Methode von Bretonneau gefolgt, indem wir die von Trousseau empfohlenen Modifikationen und Vorsichtsmaassregeln beobachteten. Es ist dieses die im Kinderhospitale in Paris gleichsam klassisch gewordene Operationsmethode, die mit Beginn jedes Jahres der neuen Generation klinischer Assistenten oder Internen docirt wird. —

Die Durchschneidung einer Schicht nach der anderen, so dass man das Blut immer abwischen, besonders auffallende Venen vermeiden und immer wissen kann, wo man ist, dann die darauf folgende Eröffnung der ganz blosgelegten und vom Finger des Operateurs gestützten Luftröhre macht diese Operation zu einer überaus sicheren, selbst in den Händen eines Arztes, der sich nicht sehr im Operiren geübt hat. Es scheint uns dieser Umstand aber von besonderer Wichtigkeit zu sein, und keine Operation ist meinem Urtheile nach leichter zu vollführen, als der Luftröhrenschnitt, wenn nur alle die Regeln beobachtet werden, die die Erfahrung bis jetzt in die Hand gegeben hat. Man hat dem von Hrn. Trousseau modifizirten Operationsverfahren mehrere Vorwürfe gemacht, den namentlich, dass die Luft-

röhre gerade dann, wann man den Einstich machen wolle, sich schwer fixiren lasse und Herr Chassaignac will daher, dass man vor Allem die Luftröhre feststelle, und zu diesem Zwecke senkt er dicht unter dem Ringknorpel auf der Mittellinie einen scharfen Haken durch die äusseren Decken hindurch bis in den Kehlkopf; mit der linken Hand hält er dann diesen Haken und zieht damit die Luftröhre nach unten und nach vorne, während er mit der rechten Hand ein spitzes Bistouri geradezu in die Luftröhre hineinstösst und zugleich alle Schichten mit einem Zuge durchschneidet. Es ist aber über dieses Verfahren viel zu bemerken. Ist nämlich der Haken nicht stark und gekrümmt genug, so lässt er oft die Theile fahren, die er gefasst hat, und man weiss dann mitten in der Operation oft nicht, wo man ist. Ist der Haken so krumm, wie Herr Chassaignac ihn vorgeschrieben hat, so hat man die grösste Noth, ihn einzusenken und bei dem Einstechen des Bistouris, das, um alle Schichten mit einem Male zu durchdringen, mit einiger Gewalt geschehen muss, geräth man in Gefahr, durch die Luftröhre hindurch die Speiseröhre zu verletzen. Zwar gibt es zwei Zeichen, welche dazu dienen können, dieses letztere Ereigniss zu verhüten, nämlich 1) der Mangel an Widerstand, den die Hand des Operateurs empfindet, wenn er mit dem Messer bis in die Luftröhre gedrungen ist, und 2) der Austritt von Luft aus der Oeffnung. Es ist aber hiergegen zu bemerken, dass das erste Zeichen, da es allein von der mehr oder minder feinen Empfindung des Operateurs abhängt, ein sehr unsicheres ist, und was das zweite Zeichen betrifft, so habe ich es zu meiner Ueberraschung oft fehlen gesehen und bei einigem Nachdenken erkannt, dass der Grund dieses Fehlers gerade in der Art und Weise dieser Operationsmethode liegt. Durch das Anziehen der Luftröhre nach oben nämlich werden die Wundränder der Oeffnung viel zu stark an einander gedrängt, um der Luft den Austritt zu gestatten, und um diesen Austritt möglich zu machen, muss man mit der linken Hand nachgeben und die angezogenen Theile zurückfallen lassen. Der zischende Luftaustritt fehlt selbst dann auch, wann die Eröffnung der Luftröhre vollständig geschehen ist, und es kann dieses Ausbleiben des erwähnten Zeichens zu einem augenblicklichen Zweifel, sowohl hinsichtlich der Existenz der Luftröhrenöffnung überhaupt, als auch hinsichtlich ihrer Grösse Anlass geben. Um der Gefahr zu begegnen, welche ein spitzes Bistouri

möglicherweise herbeiführt, kann man es sogleich, wie der Einstich geschehen ist, zurückziehen und den Schnitt mit einem geknöpften Bistouri vollenden, aber es ist dann äusserst schwierig, die gemachte Oeffnung wieder zu finden, und man ist zu einem fruchtlosen und zeitraubenden Umherfühlen genöthigt. Es hat ferner das Durchschneiden aller Texturen mit einem Zuge eine tiefe Wunde zum Resultat, in welcher weder das Auge noch der Finger des Operateurs zur Leitung dienen können, und es dringt das Blut darum mit grosser Leichtigkeit in die Luftwege, aus deren Tiefe es mittelst eines Schwammes nur unvollkommen herausgeschafft werden kann. Der gewöhnliche Dilatator lässt die Luftröhre leicht fahren, und um diesem üblen Ereignisse zu begegnen, hat Herr Chassaignac einen eigenen Dilatator angegeben, den er einbringt, ehe er seinen Haken herauszieht; aber dieser neue Dilatator lässt sich eben so schwer einführen als zurückziehen, wovon ich mich bei Herrn Chassaignac selbst überzeugt habe; es wird dieses ein sehr rohes Manoeuvre, und Hr. Guersant, welcher mehrmals nach der Methode des Hrn. Chassaignac operirt hat, bedient sich jetzt immer des gewöhnlichen Dilatators. Was Herrn Chassaignac für sein Verfahren eingenommen hat, und was im ersten Augenblicke allerdings sehr verführerisch ist, ist die Schnelligkeit der Ausführung, wenn Alles gut geht; aber gerade diese Schnelligkeit ist in unseren Augen kein Vortheil, sondern ein sehr bedeutender Nachtheil des Verfahrens, das uns, aufrichtig gestanden, zu handwerksmässig erscheint und besser sich anhört, als es in der Praxis sich gestaltet.

Was uns für eine Operation, zu der alle Aerzte schnell genöthigt sein können, erforderlich erscheint, das sind sichere und leicht zu befolgende Regeln. Diesen Erfordernissen aber entspricht das von Bretonneau angegebene Verfahren im höchsten Grade, und ohne mit meinem Urtheile vorgreifen zu wollen, glaube ich, dass kein besseres erdacht werden kann.

Zahlreich sind die Zufälle, welche auf die Operation folgen können; ich habe nicht die Absicht, mich hier mit ihnen zu beschäftigen; man findet sie in der Inaugural-Dissertation des Dr. Axenfeld (These, vom 31. August 1853, Paris) weitläufig erörtert. Nur eine dieser Folgen ist es, worüber ich mich auszusprechen habe.

In den ersten 3 oder 4 Tagen nach Einführung der Kanäle

oder vielmehr, so lange die natürliche Oeffnung des Kehlkopfes obliterirt ist, schlucken die Kinder sehr leicht, aber mit dem 5ten Tage oder vielmehr von dem Augenblicke an, wo der von seinen Hautausschwitzungen befreite Kehlkopf Flüssigkeiten, die aus dem Schlunde kommen, wieder einen freien Eingang gestatten kann, empfinden mehrere der operirten Kinder eine Beschwerde beim Schlucken, welches ungefähr auf dieselbe Weise vor sich geht, wie es momentan bei einem Menschen sich zeigt, dem, wie man zu sagen pflegt, etwas in die unrechte Kehle gerathen ist. Die Bedingungen für das Zustandekommen dieser Erscheinungen bestehen offenbar darin, dass der obere Eingang des Kehlkopfes im Augenblicke des Schluckens offen ist, und dass zugleich Luft in den Kehlkopf hineingezogen wird. Bei den operirten Kindern macht sich dieser Zufall von dem Augenblicke an, wo der Kehlkopf wieder frei wird, auf folgende Weise kund: Die niedergeschluckte Flüssigkeit theilt sich vom Rachen aus in zwei Portionen; die eine Portion folgt ihrem natürlichen Gange in die Speiseröhre; die andere Portion geräth quer durch die Stimmritze in den Kehlkopf. Es erfolgt ein krampfhafter Husten, welcher diese Portion der Flüssigkeit zum Theil durch die äussere Wundöffnung, zum Theil durch die Stimmritze wieder hinaustreibt; hierauf geschieht eine tiefe Einathmung, während deren der noch nicht ausgetriebene Rest der Flüssigkeit gesammelt und durch einen neuen Husten ausgetrieben wird. In einigen Fällen dringen nicht nur Flüssigkeiten, sondern auch festere Nahrungsstoffe beim Schlucken in den Kehlkopf, und es geschieht dieses so reichlich, dass es fast scheint, als ob in die Speiseröhre gar nichts komme. Das Kind erleidet beim Zufalle grosse Angst, fürchtet zu ersticken und will zuletzt, weil, bei jedem Versuche zu trinken, dasselbe eintritt, keine Flüssigkeit mehr zu sich nehmen. Es hat alsdann der Arzt die Trauer, das Kind an Erschöpfung umkommen zu sehen, da ihm weder Suppen, noch Brühe, noch Milch, noch irgend ein Getränk beigebracht werden können. Trousseau bemerkt darüber Folgendes: „Bisweilen, wie es sich bei dem kleinen Mädchen, von dem ich oben gesprochen, wirklich gezeigt hat, tritt fast alles genossene Getränk in die Luftröhre und in die Bronchien, verursacht heftige Zufälle, und das Kind will dann durchaus kein Getränk mehr zu sich nehmen.“ — Was kann man gegen diesen Zufall thun? Wir müssen auf diese Frage näher eingehen. Als Folge einer heftigen Ent-

zündung der Mandeln, einer einfachen Bräune, einer Scharlachbräune, besonders aber einer diphtheritischen Bräune, bildet sich eine Parlyse des Gaumensegels und des oberen Theiles des Schlundes, auf welche Trousseau und Lassègue aufmerksam gemacht haben, und die uns seitdem öfter vorgekommen ist. Das Gaumensegel hängt dann schlaff herab, die Stimme wird näselnd, das genossene Getränk dringt zur Nase wieder hinaus, meistens jedoch, ohne ein Niesen zu bewirken, woraus sich die Empfindungslosigkeit der Schneider'schen Membran ergibt. Den Rachen sieht man meistens mit einer grossen Menge Schleimes angefüllt, der das Schlucken eher hindert, als anregt, wogegen beim gesunden Zustande der Theile der Speichel, so wie er hinter die Pfeile des Gaumensegels gelangt ist, sogleich eine Schluckbewegung veranlasst. Hieraus lässt sich schliessen, dass der Pharynx seine Empfindlichkeit verloren hat, was man auch direkt durch Kitzeln mit einem Federbarte konstatiren kann. Es fehlt also die Reflex-Thätigkeit, wodurch der zweite Akt des Schluckens der Herrschaft des Willens entzogen wird. Fasst man, wie Trousseau und Lassègue gethan haben, den Zustand des Kehlkopfes ebenso auf, so kann man sich leicht erklären, dass beim Krup diejenigen Kräfte, welche die Stimmritze zu schliessen haben, ausser Stand sind, diese Funktion zu erfüllen, gleich nachdem die Hautausschwitzungen zerstört worden sind. Die Folge ist die Dysphagie, von der wir hier sprechen. Wir glauben indessen, dass der Hauptgrund dieser Dysphagie vielmehr in der fehlenden Harmonie zwischen der Inspiration und Deglutition bei manchen Operirten liegt.

Die Bewegungen des Larynx und Pharynx während des Schluckens bilden nämlich einen kombinirten Akt, d. h. ihr harmonisches Zusammenwirken ist nöthig, damit das Schlucken vor sich gehe, und das Resultat dieses kombinirten Aktes besteht vorzugsweise darin, dass gerade in dem Augenblicke, während die niedergeschluckte Substanz durch den Schlund geht, das Athmen unterbrochen wird. Diese Harmonie ist aber bei manchen Kranken dadurch gestört, dass sie sich, während sie die Kanüle tragen, und durch dieselbe die Luft zu den Lungen gelangt, im Augenblicke des Schluckens Athmungsbewegungen machen, die allerdings ohne Nachtheil sind, so lange der Kehlkopf oben durch die Hautbelege verstopft ist, aber sofort den oben erwähnten Zufall zur Folge haben, sobald der Kehlkopf oben wieder wegsam

wird. Wir haben uns überzeugen können, dass dieser Mangel an Harmonie bei denjenigen Operirten eintrat, deren Respiration aus irgend einem Grunde eine sehr häufige geworden war, und man kann dieses selber erkennen, wenn man einem Kinde mit solchen häufigen Inspirationen zu trinken gibt und dabei die Hand auf die Oeffnung der Kanüle oder auf das Epigastrium legt.

Der erste Fall, in welchem wir diesen Mangel an Harmonie deutlich erkannten, betraf ein Kind, das nach dem Luftröhrenschnitte von Pneumonie befallen worden; es hatte 60 Athemzüge in einer Minute und einen brennenden Durst. Während des Trinkens athmete es, wie wir deutlich sahen, ununterbrochen durch die Kanüle, als wenn gar kein Schlucken in dem Augenblicke stattfände; es war dieses am zweiten Tage nach der Operation, und der Kehlkopf war noch vollständig obliterirt. Wir haben seitdem diese Störung der natürlichen Harmonie und dabei jedes Mal, sobald der Kehlkopf wieder wegsam war, die Dysphagie bei den Operirten wieder gefunden, deren Respiration eine sehr beschleunigte war. Im Gegensatze sahen wir weder diesen Mangel an Harmonie, noch die Dysphagie, sobald die Zahl der Athemzüge die Norm nicht viel überstieg. Zwar sind wir nicht im Stande, genau die Grenze anzugeben, aber wir glauben doch den Satz aufstellen zu können, dass bis zu einer Höhe von 35 Athemzügen in einer Minute das erwähnte Phänomen sich nicht zeigt, dass es aber bei einer Zahl von über 40 Athemzügen gewöhnlich ist.

Wie man sieht, nehmen wir für die Entstehung dieses merkwürdigen Phänomens 2 Hauptursachen an: 1) den Mangel an Verschliessung der Stimmritze und 2) die Inspiration während des Niederschluckens. Die Inspiration, gerade während der Pharynx mit Flüssigkeit angefüllt ist, zieht solche sowohl durch die Stimmritze, als durch die Kanüle in die Luftröhre hinein. So lange der Kehlkopf durch die abnormen Hautbelege geschlossen und auch, wie sich von selbst versteht, Flüssigkeit von der Kanüle fern gehalten wird, hat dieses inspiratorische Ansichziehen keine Folgen; sobald aber durch das Verschwinden der Hautbelege die Stimmritze frei geworden, so folgen die in den Pharynx gelangten Flüssigkeiten dem eingeathmeten Luftzuge und gelangen in die Luftröhre. So kommt denn die Dysphagie zu Stande, und wenn das, was wir eben angegeben haben, richtig ist, so muss das Eintreten von Flüssigkeit in die Luftröhre beim

Schlucken um so stärker sein, je mehr die Harmonie, von der wir oben gesprochen haben, gestört worden, und je mehr Luft bei jedem Athemzuge durch die Stimmritze einzudringen vermag. So verhält es sich auch in der That. Bei einem Kinde, welches die hier besprochene Dysphagie zeigt, kann man sich sehr bald hiervon überzeugen: Man nehme die Kanüle fort und gebe dem Kinde zu trinken, und es wird sich das Hineindringen von Flüssigkeit in den Kehlkopf und in die Luftröhre in hohem Grade zeigen; man setze aber die Kanüle wieder ein und man wird nun, wenn man dem Kinde wieder zu trinken gibt, zwar auch noch dasselbe Phänomen bemerken, aber in einem viel geringeren Grade. Unserer Ansicht nach beruht diese Verminderung der Dysphagie, während die Kanüle an Ort und Stelle sich befindet, darauf, dass alsdann der Kehlkopf in seiner unteren Partie von der Kanüle gewissermaassen verschlossen ist, und also von oben herab nur eine sehr geringe Menge Luft zwischen der Kanüle und den Wandungen der Luftröhre in letztere beim Einathmen sich hineindrängen kann. Der so verminderte Luftzug zieht auch natürlich weniger Flüssigkeit mit sich. Alles, was die Respiration beschleunigt, z. B. Gemüthsaufregung, vermehrt noch die Dysphagie, und in der That können solche Kinder auch viel schwieriger in Gegenwart mehrerer Personen, als wenn sie nicht beobachtet werden, das Getränk niederschlucken, und in dem Maasse, wie die Respiration ruhiger wird, und die Wunde sich schliesst, vermindert sich auch die Dysphagie und verschwindet gewöhnlich nach geschehener Vernarbung ganz und gar.

Wir haben uns demnach auch gefragt, ob man nicht durch momentane Verschliessung der Wundöffnung, indem man zugleich das Kind auf ein ruhiges Athmen durch den Kehlkopf hinwirken lässt, die gestörte Harmonie, von der wir früher gesprochen, wiederherstellen und so eine normale Deglutition erlangen könne. Die Erfahrung aber hat diese Voraussetzung nicht bestätigt, da die Kinder beim Trinken sich doch verschluckten, weil sie sich schon gewöhnt hatten, durch die Wundöffnung zu athmen. Freilich war diese letztere bei den Versuchen auch nur mit übergelegten Pflasterstreifen verschlossen, und diese Verschliessung konnte nicht so genau sein, dass nicht doch etwas Luft zwischendurch eindrang. Wir nahmen deshalb in unseren weiteren Versuchen die Kanüle ganz fort und setzten unseren Daumen fest auf die Wundöffnung auf, so dass das Kind gezwungen war, durch den

Mund zu athmen. Leider trat die Aufregung, in welche das Kind gewöhnlich dabei versetzt wurde, dem zu erwartenden Resultate entgegen; gelang es uns aber, bei diesem Manoeuvre das Kind zu beruhigen und es trinken zu lassen, so wurde die Flüssigkeit ganz richtig niedergeschluckt, und es drang nichts in die Luftröhre. Hierbei zeigte sich aber der merkwürdige Umstand, dass, wenn wir in dem Momente, als das Kind eben zu schlucken aufgehört hatte, den Daumen von der Wundöffnung fortnahmen, sofort Flüssigkeit in die Luftröhre eindrang, gleichsam als ob die hier nothwendige Harmonie plötzlich gestört worden. Es schien also, dass noch immer etwas von der niedergeschluckten Flüssigkeit sich im Pharynx aufgehalten hat, und wir erklären uns dieses ganz einfach durch die schon angedeutete Paralyse desselben. Wir würden demnach einem durch den Luftröhrenschnitt operirten und an dieser Dysphagie leidenden Kinde, vorausgesetzt, dass es gelehrig und verständig genug ist, rathen, beim Trinken seinen Daumen aussen auf die Wunde zu setzen, sie genau zu schliessen, ganz ruhig zu athmen, und erst einige Zeit, nachdem das Getränk niedergeschluckt ist, den Daumen wegzunehmen. Durch diesen kleinen Kunstgriff, glaube ich, wird das Kind bald dahin gelangen, ohne alle Beschwerde Flüssigkeit zu sich zu nehmen, wie wir es mehrmals beobachtet haben; allein es muss das ganze Manoeuvre mit grosser Genauigkeit geschehen, namentlich die Verschliessung der äusseren Wundöffnung. Und wie wichtig alles Dieses ist, geht aus einer Bemerkung des Herrn Trousseau hervor: „Ich mache es mir zur Regel, sagt er, dem Kinde, wenn diese Dysphagie eintritt, alles Getränk zu entziehen und ihm nur konsistente Suppen, namentlich Nudeln oder Makaroni in Milch und Brühe gekocht, wovon aber dann die überflüssige Milch und Brühe wieder abgegossen worden, zu gestatten." — Noch ernster spricht Herr Guersant von dieser Dysphagie: „Was lässt sich, fragt er, für Kranke der Art thun? Ich kenne nur ein einziges Mittel, nämlich die Ernährung mittelst der durch den Mund oder die Nase eingeführten Magenpumpe, die freilich 3 bis 4 mal täglich applizirt werden müsste und zwar so lange, bis die äussere Wundöffnung ganz oder fast ganz geschlossen ist." —

Fassen wir Das, was wir über diese Dysphagie angegeben haben, kurz zusammen, so haben wir Folgendes zu sagen:

1) Die Dysphagie beginnt in dem Augenblicke, in dem der

Kehlkopf von den falschen Membranen frei wird; sie ist ein sicheres Zeichen, dass die Athmung durch die Stimmritze, wenigstens theilweise, möglich geworden.

2) Ausser den üblen Folgen, die sie nach sich zieht, ist sie an und für sich selbst ein übles Symptom, denn sie knüpft sich an eine sehr grosse Beschleunigung der Respiration.

3) Sie beruht: a) auf einer vorübergehenden Paralyse der Kehlkopfsmuskeln, welche die Stimmritze nicht genau schliessen, und b) auf einem Mangel an Harmonie zwischen dem Athmen und dem Schlucken während des Aktes der letzteren.

4) Zur Verhütung und Beseitigung dieses Zufalles muss die äussere Wundöffnung mittelst des Daumens im Augenblicke, wann man den Kranken trinken lässt, zugehalten werden, und es darf dieses Zuhalten nicht eher aufhören, als einige Augenblicke, nachdem das Niederschlucken der Flüssigkeit geschehen ist.

II. Analysen und kritische Anzeigen neuer Werke.

Schwedische Heilgymnastik.

I. Jahresbericht für 1853. Ueber das erste Institut für schwedische Heilgymnastik und Orthopädie zu Wien, Alservorstadt Herrngasse Nr. 59, abgestattet von seinem Gründer Ludwig Josef Melicher, Doct. Med. et Chir. u. s. w., Wien 1854, 4, 58 Seiten.

Diesen Bericht nehmen wir mit einigem Misstrauen auf. Er dient der Spekulation; er ist dazu bestimmt, die angeblich neue Heilmethode vor jeder anderen hervorzuheben und besonders dem vom Hrn. Verfasser begründeten Institute Anklang zu verschaffen. Das ergibt sich ganz deutlich bei näherer Betrachtung des Berichtes. Obgleich das Institut erst seit 2 Jahren besteht, so führt der Bericht doch schon vollendete Kuren von Krankheiten an, deren Heilung nach unbefangenem Urtheile erst nach Verlauf einer Reihe von Jahren festgestellt werden kann, falls die Diagnose richtig gewesen, z. B. die Heilung beginnender Lungenschwindsucht oder die Heilung schwindsüchtiger Anlage, der Skropheln, der Rhachitis, der Krebsbildung, der Hypochondrie u. s. w. Mag ein solcher Bericht die Laien blenden; die Aerzte wird er nicht verlei-

ten, ihm Glauben zu schenken. Die Aerzte werden erklären, dass, wenn die Diagnose auch richtig gestellt war, sie doch solche Kranke nach einer Reihe von Jahren erst wiedersehen und untersuchen müssten, ehe sie die wirkliche Heilung als geschehen anerkennen könnten.

Der Bericht des Hrn. M. zerfällt in drei Abschnitte. Der erste Abschnitt hat die Ueberschrift: Leistungen und Ergebnisse in der Heilanstalt für schwedische Heilgymnastik und Verkrümmungen, und beginnt mit einem furchtbar langen Satze, der nichts Anderes enthält, als eine Apologie des Hrn. M. und seiner Bemühungen. Wir geben zuerst die angeführten Zahlen. Im J. 1853 meldeten sich zur medizinisch-chirurgischen Behandlung 986, davon wurden ambulatorisch behandelt 832, wobei zugleich die nöthigen Operationen vorgenommen wurden. In der Anstalt für schwedische Heilgymnastik und Verkrümmungen (ein wunderlich zusammengesetzter Titel) wurden im Ganzen behandelt 154, einschliesslich 27 Kranke vom Jahre 1852 und 19 Kranke aus einer für die Sommermonate in Baden bei Wien errichteten Filialanstalt. Man sieht, Hr. M. betreibt das Geschäft mit Energie. Sein Institut ist ein medizinisch-chirurgisches und heilgymnastisches zugleich, und er hat nicht blos eine stehende Klinik, sondern auch eine ambulatorische. Für den Comfort hat er auch gesorgt, und zwar durch die erwähnte Filialanstalt in Baden, „welche mit der Wiener Anstalt in Verbindung steht, damit die P. T. (soll wohl heissen: pro tempore?) Gesunden und Kranken von jedem Alter, welche in Wien die heilgymnastische Kur betrieben, dieselbe während ihres Aufenthaltes in Baden fortsetzen, und diejenigen Kranken, welche von den Provinzen der österreichischen Monarchie zur Heilung ihrer Leiden die Mineralquellen zu Baden bei Wien gebrauchen, unter dem Gebrauche der Bäder in Verbindung mit der Heilgymnastik, wie es schon zu Zeiten der Perser, Griechen und Römer üblich war, um so sicherer von ihren hartnäckigen Leiden befreit werden können.“ —

Von den 154 behandelten Kranken sind geheilt 81, gebessert geschieden 35, ohne Resultat wegen zu früh unterbrochener Kur oder ohne bekannten Erfolg ausgeblieben 17, ungeheilt 2, gestorben 1, verblieben für das Jahr 1854 in Behandlung 18. Unentgeltlich behandelt wurden in der Anstalt 38; die Zahl der Unvermögenden, die Hülfe suchten, war viel grösser, und Hr. M.

will sich Mühe geben, ihnen den Zugang künftig auch auszuwirken. Von den 154 Kranken waren 76 männlichen und 78 weiblichen Geschlechtes. Dem Alter nach waren 24 vom 10. Lebensmonate bis zum 7. Jahre, 38 zwischen 7 bis 14 Jahren, 30 zwischen 14 bis 21 Jahren, 19 zwischen 21 bis 30 Jahren, 19 zwischen 30 und 40 Jahren, 24 zwischen 40 und 70 Jahren. Es waren also unter 154 Kranken 62, die dem ersten und zweiten Kindesalter angehören. Das jüngste Kind litt an einer Seitenkrümmung der Wirbelsäule.

Die beiden dem Berichte beigefügten Listen geben nähere Auskunft über die vorgekommenen Krankheitsformen. Die erste Liste begreift die durch schwedische Heilgymnastik in der Anstalt Behandelten; darunter finden wir: am Schiefhalse 2 (1 geheilt, 1 gebessert), an Verkrümmung des Brustkorbes 7 (5 geheilt, 1 gebessert), an Ausbiegung des Rückgrates 7 (1 geh., 4 geb.), an Skoliose 43 (21 geh., 10 geb.), an Verkrümmung der Finger 3 (2 geh.), an Verkrümmung der Hüfte, des Kniees und Spitzfuss 2 (1 geh., 1 geb.), an Verkrümmung des Kniegelenkes 1 (geh.), Genu valgum 2 (geh.), Spitzfuss 1 (geb.), Klumpfuss 2 (geh.), freiwilligem Hinken 5 (2 geh., 2 geb.), chronischer Laryngitis 1 (geh.), Anlage zur Lungenschwindsucht 3 (2 geh.), beginnender Lungenschwindsucht 5 (1 geh., 2 geb.), Engbrüstigkeit (Lungenemphysem) 2 (1 geh.), Bluthusten 4 (geh.), Bleichsucht 2 (1 geh.), Skropheln 3 (geh.), Rhachitis 2 (1 geh.), Verdauungsbeschwerden und Schwäche 3 (2 geh.), Windkolik 1 (geh.), habituellem Durchfalle 3 (1 geh., 1 geb.), Hämorrhoiden 2 (geh.), Kropf 1 (geb.), Fettsucht 2 (geh.), Krebsbildung 3 (1 geh., 1 geb.), Schwindel 1, habituellem Kopfschmerz 6 (3 geh., 2 geb.), nervösem Schmerz des 5. Hirnnervenpaares 1 (geb.), Hysterie 3 (2 geh.), nervösem Hüftweh 1 (geh.), Stottern 1, allgemeinen Krämpfen 3 (2 geh., 1 geb.), Veitstanz 2 (geh.), Rückenmarkschwindsucht 1 (geb.), allgemeiner Muskelschwäche 2 (1 geh.), Lähmung des Gehörnerven 1, halbseitiger Lähmung 7 (3 geh., 2 geb.), Lähmung der oberen Gliedmaassen 2 (1 geh.), der unteren Gliedmaassen 5 (2 geh., 2 geb.).

Die zweite Liste begreift die auswärtigen und in den Wohnungen nicht-gymnastisch behandelten armen Kranken. Warum Hr. M. diese in einem Berichte über schwedische Heilgymnastik eigentlich anführt, ist uns nicht klar. Um den Umfang seiner Praxis kund zu thun? Oder um zu zeigen, wie sehr er für die

Armen thätig gewesen, wenn auch nicht heilgymnastisch? Oder um einen Vergleich zwischen heilgymnastischer und nicht-heilgymnastischer Behandlung möglich zu machen? Wir müssen Letzteres annehmen, da wir in beiden Listen so ziemlich dieselben Krankheiten wieder finden. Soll aber ein Urtheil in letzterer Beziehung ermöglicht werden, so hätten die Fälle viel mehr spezialisirt, und die Dauer der Behandlung bei der gymnastischen und nicht-gymnastischen Kurmethode angegeben werden müssen.

Ein Kursus pädagogischer Gymnastik „zur geistigen und körperlichen Entwickelung, Kräftigung und Stärkung des Körpers, zur Vorbauung und Verhütung der Lungenschwindsucht und Tuberkulose, Skropheln, Anlage zur allgemeinen Muskelschwäche, Bleichsucht, Schiefheit, fehlerhafter Körperhaltung und Missstaltung des Körpers, und zur Entwickelung der gehörigen Körperform und Gestalt" — wurde von Hrn. M. im Oktober 1853 eröffnet. Besuche von in- und ausländischen Aerzten, von Kunstverständigen (Künstlern?), von Pädagogen und gebildeten Nicht-Aerzten und von Damen wurden der Anstalt gespendet, und das von Hrn. M. im August 1852 eröffnete Gedenkbuch „enthält bereits eine grosse Anzahl werthvoller Autographe wissenschaftlicher Notabilitäten." — Man sieht, Hr. M. versteht das Geschäft, und da es einmal Mode ist, so wird es auch reussiren. Daran ist kein Zweifel, zumal da immer mehr Aerzte der neuen Kurmethode Geschmack abgewinnen, ihr Glück darauf setzen und folglich sie en vogue zu bringen bemüht sein werden. Die Geschichte droht aber, wie ehemals die Maschinenorthopädik und später die Wasserheilkunst, in die Hände von Nicht-Aerzten zu gerathen. „Mehrere gebildete Nicht-Aerzte, berichtet Hr. M., äusserten den Wunsch, ähnliche Anstalten in den Hauptstädten der Provinzen der k. k. österreichischen Monarchie zu eröffnen." Die heilgymnastischen Aerzte müssen eilen, Dem einen Riegel vorzuschieben, wenn sie dabei profitiren wollen. In Preussen ist schon durch ein Ministerialreskript dafür gesorgt, dass die heilgymnastische Behandlung nur von approbirten Medizinern geübt werden dürfe. In Freiberg in Sachsen befindet sich bereits eine Anstalt für schwedische Heilgymnastik in den Händen eines Nicht-Arztes. Mehrere spekulative Wasser-Heilanstalten ziehen die schwedische Heilgymnastik zu sich heran. Andererseits sind einige neuere magneto-elektrische Heilanstalten bemüht, zugleich auf die schwedische Heilgymnastik zu spekuliren.

Was die von Hrn. M. erlangten Resultate betrifft, so müssen wir ihn eine Zeit lang selbst sprechen lassen; wir haben dann nicht nöthig, die langgestylten Sätze auf unsere Rechnung zu nehmen. Es heisst im Berichte Seite 3:

„84 der im heurigen Jahre behandelten Kranken haben bereits schon früher zur Hebung ihrer Leiden die bekannten medizinischen, hydropathischen, magnetischen, magneto-elektrischen u. s. w., u. s. w. Heilmethoden durchgemacht, bis sie bei uns Hülfe suchten, und wir fanden es nicht für angezeigt, von Neuem die Mittel zu verordnen, weil sie ohnedies schon die zweckmässigsten gebrauchten und fruchtlos von Neuem mit Zeitverlust und fortdauerndem Kranksein gebrauchen würden. Nur bei zwei tuberkulösen Kranken wurden mehr zur Beruhigung und Entsprechung ihrer Wünsche Pulv. Doveri und Acetas Morphii im Anfange der Kur verordnet, jedoch dieselben bewährten selbst in palliativer Hinsicht bei diesen und anderen ähnlichen nicht gymnastisch behandelten Kranken keinen oder geringen Nutzen. Magneto-Elektrizität mit phonotischen (?) Mitteln wurden neben der Bewegungskur bei einem an Lähmung der Gehörnerven Leidenden, jedoch fruchtlos, angewendet.“

„Auch die in das Gebiet der Chirurgie, und insbesondere der Verkrümmungen gehörigen Kranken hatten, mit Ausnahme von 12, vorher die bekannten chirurgischen Kurmethoden durchgemacht, ehe sie zu uns kamen.“

Le style c'est l'homme, sagt Buffon, und wir theilen daher aus dem Berichte des Hrn. M. noch Folgendes mit:

„Wir erlauben uns die Bemerkung, dass mehrere, besonders an seitlicher Verkrümmung oder Ausbiegung der Wirbelsäule leidende Kranke, die von Chirurgen früher den Bandagisten zur Behandlung zugewiesen waren, durch die Maschinenbehandlung, durch das Tragen von federnden Schnürleibern oder Stütz-Corsets oder dergleichen kostbaren Apparaten nicht nur furchtbar geplagt, sondern in einen bedeutend verschlimmerten Zustand versetzt, in ihrer körperlichen Entwickelung und angeborenen herrlichen Bewegung gehemmt waren, sich aus dem jammervollen verbildenden Zustande, das äussere und innere Körperleben ertödtenden Fesseln befreiten, zur harmonischen Entwickelung ihres Körpers, zum Heile und Wohle ihres künftigen Lebens sich der geregelten Bewegungskur unterwarfen, wobei wir Mühe hatten, da die Abnormität nicht blos durch den Körperzustand, sondern auch durch die Anwendung der Corsets oder anderer Apparate gesteigert und eigenthümlich verändert war, zuerst die künstlich hervorgebrachte Deformität, und hierauf die durch den eigenthümlichen Krankheitsprozess herbeigeführte Verkrümmung zu heben oder zu verbessern. Leider werden heut zu Tage gegen beginnende Verkrümmungen, gegen eine fehlerhafte Haltung gewöhnlich solche

Mittel angewendet, welche sie vergrössern. Wir haben zu kämpfen und werden fortwährend uns Mühe geben, die Vorurtheile der Eltern und irrige Begriffe zu heben bei Anwendung solcher Mittel, um eine Verkrümmung bei jugendlichen Personen zu verhindern, die nicht blos unwirksam, sondern auch schädlich sind. Solche Personen werden sicher verkrümmt, da durch den Mangel an Uebung die Muskeln der Wirbelsäule so geschwächt und gelähmt werden, dass sie, wenn die künstlichen Stützen weggenommen werden, nicht mehr die Kraft haben, den Körper in der geraden natürlichen Richtung zu erhalten. Nach unserer Erfahrung werden Schnürleiber, Corsets, Stützapparate u. dgl. niemals eine Verkrümmung heilen. Mehrere Bandagisten haben ihr Unvermögen eingesehen und an Verkrümmung Leidende der Anstalt zugewiesen."

„Wir gestehen offen, dass wir durch die Behandlung mittelst der Maschinen — wie es beliebt zu sprechen, — die nicht einmal den Namen der Maschinen verdienen, weil sie, so weit uns dieselben bekannt sind, und nach unserem jahrelangen Studium über diesen Gegenstand, — worüber uns Belege nicht ermangeln, — nicht nach den Gesetzen der menschlichen Mechanik, nicht nach den Indikationen zur Hebung einer Verkrümmung gebaut sind, in seltenen Fällen gute Erfolge beobachtet haben, dass sie, wenn sie auch ein Glied gerade richten, doch sie nie vor etwaigen üblen Zuständen während der Behandlung, vor Recidiven oder anderen Zuständen nach der Behandlung bewahren, dass sie die affizirten Theile schwächen und nicht die ihnen nothwendige gehörige Thätigkeit und Kraft verschaffen, nicht das innere Leben des kranken Theiles hervorrufen und erhalten, wie es durch die geregelten Leibesübungen der Fall ist. Selten, sehr selten wird die Maschinen- oder Apparatenbehandlung das vermögen, was geregelte Leibesübungen, was die menschliche Kraft, die leitende veredelnde Hand des kunstsinnigen bewussten Geistes nach den Gesetzen der Natur und Physiologie leitenden Bewegungsgebers und nach eben diesen Gesetzen sich Bewegenden, die Heilkraft der Bewegung wunderbar empfindend, vermag. Hier walten und arbeiten auf alle oder einzelne organische Apparate (namentlich auf den Cirkulations-, Lokomotions- und Nervenapparat) die Bewegungen und Stellungen des Körpers regulirende lebendige, sichere, schmerzlindernde, beruhigende, heilende, stärkende, in Harmonie mit dem Gesetze des menschlichen Organismus einherschreitende Stoff- und Formbildende Kräfte; dorten todte, unsichere, häufig mit Schmerzen verbundene, schwächende, die Verwüstungen der einzelnen Organe trübende, hemmende und ertödtende Kräfte. Mögen einzelne Chirurgen und Orthopäden ihre Apparate und Instrumente bis zum Uranus (!!!) emporheben und loben, so wird nach der bisherigen Erfahrung, nach reiflicher Ueberlegung und gewissenhafter Mittheilung uns nicht in der Behauptung wankend machen, dass die Apparatenbehandlung

nie das vermag zu leisten, was die geregelten Leibesübungen zu leisten im Stande sind. Die Gymnastik ist unstreitig das souveränste Mittel zur Hebung und Verbesserung der Verkrümmungen und Formfehler. Es wäre uns anlieb, missverstanden zu sein, denn die Gymnastik hat auch ihre Grenzen, denn sie wird auch nicht Alles heilen können, wo die Heilung Hebung der Ursachen, des Zustandes der Komplikationen u. s. w. ausser dem Bereiche der Wissenschaft, der Kunst und der menschlichen Kraft liegt. Will man aber auch von der Gymnastik den wohlthätigen, heilenden Einfluss auf den Organismus erwarten, so gehört dazu eine genaue Kenntniss derselben, eine genaue Wahl und Ausführung der zweckmässigsten geregelten körperlichen Bewegungen, wenn man die durch organische Störungen veränderten, verbildeten Körperformen wieder in das normale Verhältniss, in die normale Lage zurückbringen will."

Haben die Leser hieran genug, wie wir voraussetzen, so wollen wir das Uebrige, was Hr. M. noch berichtet, in aphoristischer Weise anführen. Zuerst kommt eine Menge Betheuerungen und Versicherungen: 1) „Die Heilgymnastik heilt nicht Alles, aber vollbringt in schweren, langwierigen, fast unheilbaren Krankheiten sehr viel." — 2) „Die Gymnastik ist ein kräftiges, sicher wirkendes, hygieinisches Mittel und Heilmittel gewisser Krankheiten." — 3) „Sie erhält oder führt, von Kunstverständigen geleitet, Gesundheit, sichere Heilung oder Besserung des Krankheitszustandes herbei; von Unkundigen geleitet, bringt sie Nachtheil." — 4) „Wir können mit Beruhigung angeben, dass die meisten in die Anstalt eingetretenen Kranken, die durch andere Behandlungsweise ihre Gesundheit nicht erlangten, durch die Bewegungskur entweder gänzlich von ihren Leiden befreiet, gesund, oder in einen solchen verbesserten Zustand versetzt wurden, dass ihnen das Leben erträglich war." — 5) „Mit der grössten Versicherung können wir angeben, dass alle Kranken sich der die natürlichen und geistigen Lebensgrundlagen heilenden, neuschöpfenden, erhaltenden und veredelnden Versöhnung zwischen Geist und Körper, Gesundheit und Krankheit herbeiführenden Kur mit reiner Lust und Liebe unterzogen und die meisten, zurückgeführt an den labenden gesunden Born der menschlichen Natur, zu ihrer Zufriedenheit die Anstalt verlassen, dass bei vielen Personen, die im gebesserten Zustande die Anstalt verliessen, noch durch längere Zeit eine Nachwirkung mit zunehmender Besserung eintrat, so dass nach Wochen oder Monaten die Gebesserten sich wohler fühlten, und man an dem noch

früher gebrechlichen Körper fortschreitende heilsame Resultate beobachten konnte."

Wenn Hr. M. diesen Bombast von „der die natürlichen und geistigen Lebensgrundlagen heilenden, neuschöpfenden, erhaltenden und veredelnden Versöhnung zwischen Geist und Körper, Gesundheit und Krankheit herbeiführenden Kur" und — „labendem gesundem Born der menschlichen Natur" u. dgl. nöthig erachtet, um seinen Bestrebungen beim grossen Publikum Anklang und seinem Institute gutzahlende Kunden zu verschaffen, so hat er das mit sich auszumachen; wir haben darüber nicht zu rechten, aber wenn er seinen gedruckten Bericht der ärztlichen Welt bestimmt hat, — und eine solche Bestimmung hat doch der Bericht seiner ganzen Fassung nach, — so hätte er unseres Bedünkens besser gethan, dergleichen wegzulassen; denn uns verleiten solche Phrasen, solche Versicherungen und Betheuerungen zu nichts, erregen vielmehr den Verdacht ihrer Nichtigkeit. Wir verlangen Beweise statt eines wüsten Wortgepränges.

Der zweite Abschnitt ist überschrieben: Wirkungen und Erfolge der Bewegungskur. Was finden wir darin? Wieder eine selbsteigene Versicherung des Hrn. M. in folgendem, langem Satze:

„Bei allen Kranken waren die geregelten Leibesübungen mit dem grössten Nutzen für ihre Körperbeschaffenheit begleitet, die Grenzen des Berichtes würde man zu sehr überschreiten, um die vielfachen Vorgänge, Wirkungen, Erfolge, kritischen Bestrebungen während und nach der gymnastischen Behandlung der sich dieser Kurmethode unterziehenden Kranken oder gesunden Personen zu besprechen; wir theilen blos mit, dass durch die gymnastische Behandlung das freie Walten der Naturkräfte die natürlichen Lebenselemente im Menschen hervorgerufen und angeregt, die Thätigkeit aller Verrichtungen in einen regelmässigen Gang geleitet, die Missverhältnisse ausgeglichen, eine Regelmässigkeit und ein Gleichgewicht in dem Bildungsprozesse herbeigeführt, die gestörte Harmonie im ganzen Leibes-Organismus hergestellt, die darniederliegende gesunde vernünftige Körperentwickelung verbessert und die schlechten Anlagen veredelt werden, dass aus der Verbesserung, Herstellung, Ausbildung und Vervollkommnung der irdischen Hülle, die Blüthe der wahren geistigen Vollkommenheit entspriesst, die geistigen Anlagen begründet, ausgebildet, gepflegt, veredelt und fruchtbar gemacht werden. Täglich kommen uns Beispiele vor, wo durch die Gymnastik einerseits das krankhafte Walten der menschlichen Natur geregelt, geläutert und so zur reinen, freien, gesunden Thätigkeit emporgehoben wird, andererseits der

6 *

Geist zur Hebung der krankhaften Prozesse, wie aus den Fesseln befreit, sich seiner reinen, wahren Thätigkeit erfreuen konnte. Durch die Gymnastik keimt aus dem Leben frisches Leben hervor."

Nehmen wir an, dass Hr. M. Alles selbst glaubt, was er hier versichert und betheuert, — nehmen wir an, dass er wirklich weiss, was er sich unter „natürlichen Lebenselementen im Menschen", unter „gestörter Harmonie im gesammten Leibes-Organismus", unter „darniederliegender, gesunder, vernünftiger Körperentwickelung", unter „Blüthe wahrer geistiger Vollkommenheit" u. dgl. sich denkt, — wie will Hr. M. binnen zwei Jahren, — denn so lange besteht erst sein Institut und seine Beschäftigung mit der schwedischen Heilgymnastik, — wie will, fragen wir, binnen zwei Jahren Hr. M. alles Dieses schon ermittelt, erprobt und ausgemacht haben? Wie will Hr. M. in dieser kurzen Zeit erkannt haben, dass durch die schwedische Heilgymnastik „die schlechten Anlagen veredelt" und „die geistigen Anlagen begründet, ausgebildet, gepflegt, veredelt und fruchtbar gemacht werden?" — —

Die durch Ling eingeführte methodische Gymnastik hat gewiss ihr Gutes; das bezweifeln wir nicht. Wir warnen nur vor Uebertreibung; wir wollen eine ruhige unbefangene Prüfung, denn wir haben ein gutes Stück der Geschichte der Medizin durchgelebt und dabei gelernt, dass gerade da, wo bei Einführung einer neuen Heilmethode ungemein viel versprochen und verheissen worden ist, der hinkende Bote in seiner kläglichsten, lumpigsten Gestalt hintennach kam. Wir sind nüchtern; derjenige, der einer neuen Heilmethode Bahn brechen und mit ihr sich selbst heben will, muss bis zu einem gewissen Grade Enthusiast sein, um zu reussiren. Der Enthusiasmus braucht aber nicht bis zum wirklichen Rausche sich zu steigern. Man höre noch das Folgende:

„Die geregelten Leibesübungen erfassen, weil sie nach dem reinen (?) Gesetze des menschlichen Organismus und seines Einzelnlebens erfolgen, den Körper harmonisch in strenger natur- und begriffsmässiger Gliederung, sie durchquillen läuternd (!) mit kunstschöpfender Kraft (!) alle Körperanlagen, schaffen sie harmonisch neu (!), beseitigen die durch einseitige gesteigerte oder verminderte Thätigkeit in den einzelnen Organen oder Systemen der einzelnen Körpertheile oder des Gesammtorganismus bewirkten Störungen und schwächende, missstaltende Verzweigungen, stellen her und heben empor die im leiblichen Organismus

gesetzmässig vorgebildeten und von seinem Dasein geforderten unmittelbar körperlichen natürlichen Lebensthätigkeiten, ertheilen dem Körper einen charaktervollen, tieflebenden klaren Formumriss, eine gesunde kräftige Schönheit, entwickeln die Körpertheile der höheren, edleren Organisation, wecken die Naturkräfte, beleben sie, veredeln und festigen den ganzen Leib, dass er die Lebens-Anstrengungen und Bemühungen leicht überwinden und von Krankheiten nicht leicht bewältigt werde."

Da wir hier in dieser Zeitschrift nur das Kindesalter in Betracht zu ziehen haben, so wollen wir die Resultate angeben, die Hr. M. in seiner Anwendung der Heilgymnastik bei gesunden und kranken Kindern gewonnen hat:

a) Die Heilgymnastik regelt das Wachsthum der Kinder; sie regt es an, wo es zurückbleibt, und gibt ihm die nöthige Proportion, wo es zu schnell und zu sehr in die Höhe schiesst.

b) Bei Wurmleiden unterstützt die Gymnastik die Wirksamkeit der sogenannten Wurmmittel dadurch, dass sie die Konstitution verbessert, und die Verdauung, die Athmung, die Thätigkeit der Nieren und der Haut hebt.

c) Die Heilgymnastik wirkt vorzüglich gegen Hernien. Ein $4^1/_2$ J. alter Knabe hatte ausser einer Ausbiegung der Wirbelsäule noch einen Nabelbruch, und ein 9 J. altes Mädchen hatte neben der Skoliose einen beiderseitigen angebornen Leistenbruch, gegen welchen Jahre lang ein Bruchband angewendet worden war. Die Bewegungskur wurde so eingeleitet, dass sie in diesen beiden Fällen gegen beide Uebel wirksam wurde.

„Der Zweck der eingeleiteten Bewegungskur bei den freien zurückbringbaren Vorlagerungen (Hernien) ist, eine bleibende Kontraktion der Bauchmuskeln und der Sehnenausbreitungen zu erzielen, und eine Neubildung von Fascien- und Bindegewebe hervorzurufen, durch welche eine vollständige Verschliessung durch Verwachsung der Bruchpforte und des Leisten- oder Schenkelkanales erlangt, wobei zugleich die Herstellung der normalen Beschaffenheit und Lage der Unterleibseingeweide berücksichtigt wird, wodurch die Eingeweide in der für sie bestimmten Höhle erhalten, das Vordrängen und Vorfallen der Theile verhütet wird. Aus den bisherigen Beobachtungen lässt sich schliessen, dass freie reponibele Vorlagerungen auf gymnastischem Wege radikal geheilt werden können, indem eine völlige natürliche Verschliessung und Verwachsung der Bruchpforte und des ihr entsprechenden Kanales, oder eine theilweise Verschliessung, bedeutende Verengerung des Bauch-, Schenkel- und Leistenringes, Kräftigung der Bauchmuskel erfolgt, und dass selbst in diesem Zustande die Baucheingeweide in ihrer gehörigen Lage verbleiben und keine oder geringe

Neigung zum Vordrängen haben, welches aber nicht blos von der Behandlung, sondern vielmehr von der Dauer, Grösse des Bruchsackes und der Bruchpforte, von dem Reproduktionsprozesse, Vitalität der betheiligten Theile, Muskel und Aponeurosen, von der Lebensweise, Beschäftigung des Bruchkranken, Nichtbeachtung der ursächlichen Momente u. s. w. abhängt. Je weniger erweitert die aponeurotischen Oeffnungen, je jünger die Vorlagerung, und je grösser und energischer die Kontraktilität der diese Oeffnungen bildenden Gewebe, je grösser der Reproduktionsprozess an den betheiligten Gebilden ist, desto sicherer und dauerhafter ist die Heilung. Bei angeborenen Leistenbrüchen bei jugendlichen Personen oder die im kräftigen Mannesalter stehen, die sonst ganz gesund, — bei Brüchen, die noch neu, klein oder doch nur von mässiger Grösse sind, kann man mit mehr Hoffnung auf einen günstigen Erfolg, auf radikale Heilung schliessen, als bei Personen im höheren Alter, bei grossen, langbestandenen Vorlagerungen mit weiter Bruchspalte........" — „Im Allgemeinen lässt sich bei Nabelbrüchen, angeborenen oder nach der Geburt entstandenen Brüchen des Scheidenkanales, bei Leistenbrüchen, eher eine radikale Heilung (durch die Bewegungskur) erwarten, als bei Schenkelhernien oder bei alten Hodensackbrüchen......"

Gegen nächtliches Bettpissen der Kinder hat die Bewegungskur sich sehr wirksam bewiesen.

„Die Leibesübungen waren so eingeleitet, dass die verminderte Thätigkeit der anderen Absonderungsorgane, insbesondere der Haut, gesteigert, die Konstitution, die Blutbeschaffenheit verbessert, die etwaige Körperschwäche beseitigt, die Thätigkeit der Nieren geregelt und zugleich speziell auf die Harnwerkzeuge, je nach dem eine Schwäche des Sphinkters der Blase, eine zu grosse Reizbarkeit oder ein lähmungsartiger Zustand der Harnblase u. s. w. bestand, eingewirkt wurde. Es erwies sich hierbei, dass durch die gymnastische Behandlung die Thätigkeit aller Organe geregelt, die Urinabsonderung sparsamer wurde, der Harn willkürlich zurückgehalten und entleert, und der reich an Harnsäure, Harnstoff und Harnfarbstoff abgesetzte Urin, stark stinkend und dunkelgefärbt war. Durch die spezielle Gymnastik kann überhaupt die Harnabsonderung geregelt, vermehrt oder vermindert werden."

Wir enthalten uns über das eben Gesagte jeder Bemerkung und erwähnen nur noch, dass der dritte Abschnitt des Berichtes eine Reihe von Krankengeschichten enthält. Als geheilt durch die methodische Gymnastik werden (so weit das jugendliche Alter in Betracht kommt) angeführt: Veitstanz bei einem 12 Jahre alten Knaben; Epilepsie bei einem 5 J. alten Mädchen; rechtsseitige Skoliose bei einem 11 und bei einem 13 J. alten Mädchen und einem 14 J. alten Knaben; freiwilliges Hinken mit

Skoliose bei einem 11 J. alten Mädchen; Kontraktur des Hüft- und Kniegelenkes mit Spitzfuss bei einem schon 18 J., und Kontraktur der Finger bei einem 11 J. alten Knaben; rechtsseitige Skoliose mit Anschwellung der Leber, Anfällen von Fraisen und lähmungsartigem Zustande der unteren Gliedmaassen bei einem 22 Monate alten Knaben; rechtsseitige Skoliose bei einem 10 J., ferner bei einem 16 J. und bei einem 18 J. alten Mädchen; angeborene Hühnerbrust bei einem 9 J. alten Knaben; Klumpfüsse und halbseitige Lähmung der rechten Körperhälfte bei einem 4 J. alten Knaben; freiwilliges Hinken und Kyphose bei einem 9 J. alten Mädchen. Einige dieser Fälle sind in ätiologischer Beziehung nicht ohne Interesse.

Wir schliessen mit einigen Aphorismen, die Hr. M. seinen Fällen beigegeben hat.

1) „Der Schiefhals hängt nicht blos von der Verkürzung und Zusammenziehung eines Muskels, sondern von einer ganzen Muskelgruppe ab, so dass, wenigstens in allen Fällen, die subkutane Durchschneidung des Kopfnickers zur Heilung nicht genügt, abgesehen davon, dass nach der Operation nicht selten entstellende Hautnarben eintreten, welche leicht eine neue Verkürzung herbeiführen, so werden selbst nach günstigen Operationen zur Geraderichtung des Kopfes, zur Herstellung des Gleichgewichtes der antagonistischen Muskeln, der freien Beweglichkeit des Halses und zur Verhütung von Rezidiven die geregelten Bewegungen des Kopfes und des Stammes den hauptsächlichsten Theil der Behandlung bilden."

2) „Bei kleinen Kindern entstehen die Verbildungen des Brustkorbes, der Wirbelsäule, die Seitenkrümmung oder Ausbiegung derselben gewissermaassen schnell, besonders bei fehlerhafter Blutbeschaffenheit. Keine Maschine, kein Apparat, keine Rückenplatte, keine Medizin oder Salbe, kein Blutegel, kein Messer oder Glüheisen vermag hier Hülfe zu schaffen; ja, wie traurige Beobachtungen lehren, nimmt die Deformität trotz aller ärztlichen Bemühungen zu; nur die geregelte Bewegungskur, eine gehörige Diät, und reine Luft sind die einzigen hülfreichen Mittel, deren Zweck ist, Verbesserung der Konstitution, der Blutbeschaffenheit und die Hebung oder Verbesserung der Missgestaltung, wodurch das Rückgrat seine gerade Richtung, wenn auch nicht immer vollkommen (was von der Dauer, dem Grade des Leidens und anderen Umständen abhängt), doch bis zu einem hohen Grade

der Regelmässigkeit wieder erlangt, und der Wachsthumprozess des Gesammt-Organismus geregelt wird." (S. 17.)

3) „Bei der Behandlung aller Verkrümmungen, insbesondere bei der des Rückgrats oder der unteren Gliedmaassen, ist besonders auf die normale Richtung, Stellung und Thätigkeit der unteren Gliedmaassen zu sehen, und die Muskelübungen derselben vorzunehmen. In den meisten Fällen, selbst bei Verkrümmungen des einen Gliedes, sind die Bewegungsformen des einen Gliedes entgegengesetzt jenen des anderen Gliedes (?), welches sich ergibt bei näherer Untersuchung der affizirten Theile. — Man hat die Kompensationskrümmungen des Rückgrates, die Kompensationskrümmungen der nächstanliegenden Gelenke bei der Verkrümmung des einen Gliedes, die kompensirenden Krümmungen und Stellungen eines Gliedes bei der Affektion des anderen Gliedes noch zu wenig berücksichtigt und gewürdigt, und das mag auch eine der Ursachen sein von dem häufigen Misslingen der Kuren bei der gebräuchlichen Behandlung der Verkrümmungen." (S. 19.)

4) „Obwohl das Schwimmen ein höchst schätzbares Mittel, eine wohlthätige Leibesbewegung für den Sommer ist, der Schwäche der Muskeln abzuhelfen, so eignet es sich nicht zur Hebung der Seitenkrümmung des Rückgrates. Man irrt, wenn man glaubt, dass das Schwimmen selbst beginnende Seitenkrümmung des Rückgrates zu heben im Stande ist. Die 14jährige Erfahrung von mehr als 400 an Seitenkrümmung leidenden Personen von der verschiedensten Leibeskonstitution, die Beobachtung, die man anstellen kann, wenn Skoliotische schwimmen lernen und frei schwimmen, hat ausser allem Zweifel gestellt, dass das Schwimmen zur Hebung der Seitenkrümmung wenig oder gar nichts beiträgt, dass es in vielen Fällen die Verkrümmung des Rückgrates steigert, statt zu vermindern, dass beim Schwimmen eines verkrümmten Körpers andere Muskelgruppen in Thätigkeit kommen, als dieses bei einem normal gebauten und gebildeten Körper der Fall ist, und dass bei anstrengenden, täglich zwei- bis dreimaligen Schwimmübungen selbst beim regelmässig gebildeten Körper eine solche Schlaffheit und Kraftlosigkeit der Ileo-Psoas- und Lendenmuskeln erzeugt wird, dass dergleichen Personen beim Gehen pendelartig wackeln (Entengang). Beobachtungen lehren, dass Mädchen besonders, welche an den Uebelständen des schnellen Wachsens leiden, neben der zuletzt angeführten Erscheinung

zugleich eine regelwidrige Einbiegung der Lendenmuskel und eine fehlerhafte Stellung des Beckens (nach hinten und oben) durch vieles anstrengende Schwimmen sich zuziehen in Folge der dadurch herbeigeführten gesteigerten Relaxation der Beugemuskeln, der Schenkel- oder der Rückenmuskeln in der Lendengegend, wobei die denselben entsprechenden Antagonisten (Streckmuskeln) retrahirt sind. Abgesehen davon, dass das Schwimmen nur in der besten Jahreszeit empfohlen werden kann, so kann es durchaus nicht angewendet werden bei kleinen Kindern, bei jugendlichen und erwachsenen Personen, die an gesteigerter Venosität, Schwerathmigkeit, an konsekutiven allgemeinen Zuständen der Rückgratsverkrümmung höheren Grades oder an Krämpfen leiden. Soll das Schwimmen ein die geregelte Leibesübung unterstützendes, den heilsamen Einfluss auf den verkrümmten Körper ausübendes Mittel sein, so muss die Art, die Stellung und Bewegung, das Verhalten beim Schwimmen, der Ort und die Zeit zum Schwimmen genau von dem die Bewegungskuren ausübenden Arzte angegeben werden.“ (S. 19.)

4) „Nach den Ursachen hat jede Seitenkrümmung des Rückgrates etwas Eigenthümliches und muss daher nach besonderen Regeln behandelt werden. — Die Seitenkrümmung kann bei manchen Personen, besonders die durch sitzende Lebensweise, durch Nähen sich ihren Lebensunterhalt verschaffen, bis gegen das 25. Lebensjahr in einen solchen Zustand sich verschlimmern, dass die Verkrümmung das Aussehen einer Ausbiegung der Wirbelsäule (Scoliosis kyphotica) erhält; bei solchen Missstaltungen treten die Störungen des allgemeinen Gesundheitszustandes in sehr hohem Grade ein; verwaltende Venosität und Engbrüstigkeit mit Erstickungszufällen sind die hervorragendsten Erscheinungen. In solchen verzweifelten Fällen können nur die geregelten Leibesübungen Linderung und Besserung verschaffen.“ (S. 21.)

5) „Erfahrungen und Beobachtungen lehren, dass Kinder mit der Hühnerbrust und abnormen Thoraxformen behaftet, sich selbst überlassen, frühzeitig an Abzehrung, Lungensucht, Keuchhusten und anderen Krankheiten leiden und sterben, indem diese bei dergleichen Missstaltungen des Brustkorbes leicht einen tödtlichen Ausgang nehmen; die Heilgymnastik ist das einzige Mittel, welches die Missstaltung des Brustkorbes heben, den Körper vor den genannten Krankheiten beschützen und ein langes Leben herbeiführen kann. Beispiele haben vielseitig gelehrt, dass in

Folge des verengerten, missgestalteten Brustkorbes Krankheiten der Lunge, des Herzens, langwieriger, allen Mitteln trotzender Husten, Blutspeien u. s. w. sich einstellen, welche nach Hebung des regelwidrig geformten Brustkorbes von selbst verschwanden." (S. 21.)

6) „Die meisten Verkrümmungen der Füsse, besonders bei Kindern und jugendlichen Personen, rühren von Affektionen des Cerebro-Spinalsystems und seiner Membranen her. — Die Ursache der Fussverkrümmungen mögen welche immer sein, so ist die Causa efficiens immer Ungleichheit in der antagonistischen Wirksamkeit der Muskeln. Die Veränderungen in den Bändern, in den Knochen der das Gelenk zusammensetzenden Theile sind Folgen der ungleichen Muskelthätigkeit. — Die Meinung der Autoren, dass ohne Sehnendurchschneidung die Verkrümmungen der Füsse, der Klumpfuss, insbesondere der in Folge von Paralyse entstandene, unheilbar sind, ist nicht stichhaltig. — Der Nutzen der Sehnendurchschneidung überwiegt nicht die nicht selten dadurch herbeigeführten Nachtheile, abgesehen von den Fällen, wo die Durchschneidung der Sehnen nicht nur unnütz, sondern selbst schädlich ist. — Die Sehnendurchschneidung, die noch jetzt beim Spitz- und Klumpfuss angewendet, wird auch bei diesen Verkrümmungen bedeutende Beschränkung erleiden und nur in einzelnen seltenen Fällen vorgenommen werden. — Die Sehnendurchschneidung bewirkt nur die Trennung des Zusammenhanges der verkürzten Sehnen; jedoch die Verkürzung der Sehne ist nicht das einzige Hinderniss der normalen Stellung des Fusses; denn bei Verkrümmungen der Füsse ist nicht blos eine Verkürzung der Sehnen vorhanden, sondern es leiden alle weichen und harten Gebilde hauptsächlich am Fussgelenke und konsekutiv an dem diesem angrenzenden Gelenke. Die Kontraktur einiger und die Erschlaffung anderer Bänder am Fussgelenke, die fehlerhafte Stellung der Knochen, die Veränderungen in den Gelenkflächen des Fusses sind Hindernisse der normalen Reduktion des Fusses und Erhaltung in seiner gehörigen Stellung, Hindernisse weit grösserer Art, als die Verkürzung oder Spannung der Sehnen, Hindernisse, welche nur zweckmässig auf gymnastischem Wege gehoben werden können. — Die Behandlung der Fussverkrümmungen durch Maschinen hat meistens einen nur geringen Erfolg; eine vollkommene Heilung erzielt man niemals durch sie.— Die Erfahrungen der früheren Jahre und der jetzigen zwingen

sich zu dem Ausspruche, dass viele Verkrümmungen der Füsse, besonders bei Kindern und jüngeren Personen, und selbst bei Erwachsenen, ohne Sehnendurchschneidung, ohne Apparate oder Maschinen geheilt werden, dass zur Hebung der krankhaften Veränderungen in den Sehnen, Muskelfibrillen und dem Zellgewebe, zur Herstellung des Gleichgewichtes, der antagonistischen Thätigkeit zwischen den verkürzten, verlängerten und erschlafften Muskeln und Bändern, zur Herstellung der normalen Stellung, Lagerung und Beschaffenheit der Gelenkflächen und ihrer gehörigen Artikulation, zur Hebung der Ernährung und Schwäche des Gliedes, dass zur Herstellung der Lebensthätigkeit, der normalen Form, der freien schmerzlosen Bewegung des Fusses und des Gebrauches des Gliedes die gymnastischen Uebungen zweckmässig angewendet, die besten Dienste thun. Je nach der Ursache, der Art der Verkrümmung, seiner Dauer und der eingetretenen Veränderungen in den affizirten Theilen wird die Kur eine verschieden lange Zeit und Bemühung von Seiten des Kranken und Gymnasten erfordern; jedoch diese Art der Behandlung ist die sicherste auf physiologische Grundsätze gestützt." (S. 24.)

7) „Mehrere Beobachtungen bestätigen, dass sich mit der Kyphosis häufig Koxalgie entweder spontan oder nach geringen äusseren Ursachen komplizirt." (S. 26.)

II. Mittheilungen über die Bewegungsheilmethode (schwedische Heilgymnastik) und ihrer Anwendung zur Heilung vieler Krankheitsformem (Rückgratsverkrümmungen, Lähmungen, Hypochondrie u. s. w.). Vortrag, gehalten am 30. April 1854, von Dr. med. F. Flemming jun., prakt. Arzte in Dresden, Dresden 1854, 8., 32 Seiten.

Ein Versuch, die schwedische Heilgymnastik unter dem Namen Bewegungsheilmethode zu popularisiren. — Für die Aerzte ist daraus nichts zu lernen. Den Schluss macht eine Notiz über das von Hrn. F. in Dresden begründete Institut. Das Honorar muss im Voraus von jedem Kranken bezahlt werden und kostet die Eintrittskarte, die immer für einen Monat gültig ist, 2 bis 10 Thaler. Muss Einer einmal nothgedrungen ein paar Tage ausfallen, so werden sie ihm für den nächsten Monat zugerechnet. Das geht Alles ganz geschäftsmässig, und derjenige

Arzt, der bei der schwedischen Heilgymnastik sein Fortkommen haben will, kann sich daran ein Beispiel nehmen. Mit 3 Patienten hat Hr. F. am 23. Mai 1853 angefangen und bis gegen Mai dieses Jahres an 25 Personen behandelt. Er hofft aber auf noch mehr.

III. Die Einführung der Heilgymnastik in Lazareth und Klinik. Ein Wort zur vorurtheilsfreien Beurtheilung für Spitalärzte und klinische Lehrer. Von Dr. A. W. Neumann, Dirigenten des heilgymnastischen Institutes zu Berlin, Ritterstrasse Nr. 60, Berlin 1854, 8., 14 Seiten.

Es ist dieses ein Sonderabdruck aus Rothstein's und Neumann's Athenäum für rationelle Gymnastik Bd. II, Heft 1, und in einer Anmerkung auf der ersten Seite werden die Redaktionen medizinischer oder anderer Zeitschriften „dringend gebeten, zur Verbreitung dieses Aufsatzes durch dessen vollständige oder theilweise Aufnahme oder durch Besprechung desselben gütigst beitragen zu wollen." — Von der Ueberzeugung ausgehend, dass kein Mittel so geeignet ist, den Rezidiven der Krankheiten vorzubeugen, die Prädisposition dazu zu tilgen und die Rekonvaleszenz zu fördern und zu beschleunigen, als die Heilgymnastik, verlangt Hr. N. ihre Einführung in die Lazarethe und Kliniken. Jedenfalls glaubt er, von dieser Ueberzeugung durchdrungen, annehmen zu müssen, dass die Zeit nicht mehr fern sei, wo die schwedische Heilgymnastik ein integrirender Theil der Praxis in den Lazarethen und Kliniken sein werde, indem sie namentlich „auch während des Verlaufes einer grösseren Zahl von chronischen pathologischen Prozessen eine Verwendung finden müsse und zwar theils mehr oder weniger als alleiniges Heilmittel derselben, theils wenigstens als Unterstützungsmittel neben einer anderweitigen medikamentösen oder operativen Behandlungsweise." — Hr. N. zählt eine grosse Menge von Krankheiten auf, in denen die Heilgymnastik auf die eine oder die andere Weise zur Geltung kommen müsse. Seine Ueberzeugung ist sehr lebhaft.

„Ich hoffe, sagt er, dass bald die Zeit kommen werde, wo kein Hospitalarzt es vor seinem Gewissen wird verantworten können, seinen Patienten das wichtige Heilmittel der Kinesitherapie vorzuenthalten; ich hoffe, dass namentlich die Fortschritte in der genaueren Diagnose, und die so wenig damit zu vereinende rohe

Empirie der medikamentösen Kurmethode die Vorsteher der Lazarethe bewegen werde, bei den angegebenen und noch vielen anderen Krankheiten die grosse Panacée der Heilgymnastik nicht blos zu versuchen, sondern planmässig allgemein anzuwenden." (S. 6.)

„In Hinsicht der klinischen Praxis würde die Heilgymnastik noch ganz besondere Vortheile gewähren. Sie würde ein Repetitorium der Anatomie und Physiologie des Muskelsystems im Besonderen und aller übrigen Organe im Allgemeinen bilden; sie würde die organische Auffassung des Lebens und seiner Gesetze fördern, und daher in dieser Hinsicht von dem denkenden klinischen Lehrer zur Belehrung und wissenschaftlichen Ergötzung (!?) seiner Schüler gar sehr zu gebrauchen sein. Sie würde ferner als Kriterium für die Diagnose vieler Krankheiten nicht unwichtige Aufschlüsse gewähren und als Korrektiv der rohmechanischen Auffassung des Physikalisch-Diagnostischen (?) besonders dienlich sein. Endlich würde auch die Therapie der erwähnten chronischen Krankheiten, auf Heilgymnastik gegründet, nicht dieses Roh-Empirische an sich tragen, wie es der medikamentösen Behandlungsweise beinahe durchweg anklebt, sondern nach anatomischen und physiologischen Prinzipien geordnet, sich viel besser an die exakte Diagnose anschliessen, und daher die Studirenden der Medizin vor dem therapeutischen Nihilismus, wie er jetzt mehr und mehr sich in vielen Kliniken breit macht, bewahren." (S. 11.)

Das wäre Alles vortrefflich, wenn Alles so wäre, wie Hr. N. in seinem Enthusiasmus glaubt. Für jetzt aber ist die Ueberzeugung, die Hr. N. von dem Werthe der Heilgymnastik hegt, noch lange nicht die Ueberzeugung der Aerzte, besonders der Dirigenten von Hospitälern und Kliniken, und die blosen Versicherungen und apodiktischen Aussprüche, die Hr. N. von sich gibt, sind noch nicht geeignet, diese Ueberzeugung hervorzurufen, eben weil Hr. N. als Enthusiast erkannt ist. Ein Rückblick auf die Geschichte der Medizin gibt ein Recht zu zweifeln, weil jede neue Heilmethode, die aufgetaucht ist, jedesmal mit denselben Prätensionen sich auf den Markt drängte. Man denke nur an die Homöopathie, an die Rademacher'sche Erfahrungsheillehre u. s. w.; deren Träger ebenfalls sehr verwundert, ja erzürnt wurden, dass die Dirigenten von Lazarethen und Kliniken der neuen Doktrin

nicht gleich die Thore öffnen, sondern erst recht lange prüfen wollten, ehe sie ihr den Eingang gestatten.

„In die Lazarethe Berlins, sagt Hr. N., und namentlich in das grosse Krankenhaus der Charité die Heilgymnastik einzuführen, ist bisher noch nicht geglückt, obwohl die grössten und tüchtigsten Aerzte Berlins, und namentlich die vortragenden Räthe des Medizinal-Ministeriums dieses wünschen, die Ausführung jedoch an der Engherzigkeit zweier medizinischer Professoren bisher gescheitert ist." (S. 4.)

Wir wissen nicht, ob „die grössten und tüchtigsten Aerzte" Berlins solchen Wunsch wirklich ausgesprochen haben, — wir wissen nicht, wie die vortragenden Räthe des Medizinal-Ministeriums über die Heilgymnastik denken. Aber das wissen wir, dass die vortragenden Räthe sehr ernst prüfende, denkende, erleuchtete Männer sind, und dass, wenn sie die Einführung der Heilgymnastik als eines neuen Heilmittels in die Charité wirklich wollen, die „zwei medizinischen Personen" wohl nicht im Stande sein würden, ihre „Engherzigkeit" lange zu behaupten. Was Hr. N. Engherzigkeit nennt, ist gewiss nur die sehr anerkennenswerthe Skepsis, die den Anpreisungen einer neuen Heilmethode sich entgegenstellt, welche bis jetzt fast nur auf Theorieen sich stützt, Theorieen, welche noch nicht einmal anerkannt, und deren Facta noch zu jung und zu wenig durchgefochten sind, um volles Vertrauen zu verdienen.

Ueber das Verhältniss der Gekrösdrüsen im kindlichen Alter und ihre Beziehung zur Atrophie im ersten Lebensjahre, von Dr. Friedrich Stiebel jun., Arzt am Kinderhospitale zu Frankfurt a. M. — Mit sechs Tafeln. Frankfurt a. M., 1854, 4., 17 Seiten.

Diese treffliche Schrift ist als eine wirkliche Bereicherung der pädiatrischen Literatur anzusehen und verdient von den mit Kinderkrankheiten beschäftigten Aerzten sowohl, als von den Anatomen beherzigt zu werden. Verfolgt der Herr Verfasser in seiner Stellung als Arzt am Christ'schen Kinderhospitale in Frank-

furt a. M. den in dieser Schrift eingeschlagenen Weg der ruhigen, besonnenen Forschung und gründlichen Untersuchung auch fernerhin, so haben wir, wenn ihm Gesundheit und seine frische Lebenskraft erhalten bleibt, sehr viel Gediegenes für die Kinderheilpflege von ihm zu erwarten. Wir bedauern, dass wir in dieser unserer Mittheilung der genannten Schrift die beigefügten Abbildungen, die eigentlich die Hauptsache bilden, weglassen müssen; indem wir aber überzeugt sind, dass die Schrift bald in den Händen aller gebildeten Aerzte und Anatomen sein wird, bleiben wir bei dem blossen Auszuge derselben. —

In früheren Zeiten hat die Atrophia mesenterica oder mesaraica in den Lehrbüchern und Schriften, sowie in den Vorlesungen eine grosse Rolle gespielt, und noch heutigen Tages stehen viele Aerzte nicht an, eine Tabes, welche sie von einer Veränderung der Gekrösdrüsen herleiten, theils als Krankheit, theils als Todesursache aufzuführen *). Man ist sich aber nie recht klar bewusst gewesen, was man unter Tabes mesenterica eigentlich zu verstehen habe, und erst in neueren Zeiten hat man diesen Gegenstand ernster in's Auge gefasst, und ist sowohl darüber, als auch über die sogenannte Febris mesaraica, worüber der Herr Verfasser kein Wort gesagt hat, und von der wir nicht wünschten, dass er sie einmal zum Gegenstand seiner Untersuchung mache, zu ganz anderen Ansichten gelangt. Sowie man die Atrophia mesenterica einer Veränderung in den Gekrösdrüsen, namentlich einer Anschwellung oder tuberkulösen Entartung derselben zugeschrieben hat, so hat man derselben Ursache auch die Febris mesaraica beigemessen, aber hinsichtlich der letzteren haben die Arbeiten englischer und französischer Aerzte, sowohl durch klinische Beobachtungen, als durch Leichenuntersuchungen, gezeigt, dass die Hypertrophie und selbst die Induration der Gekrösdrüsen nur eine zufällige Komplikation des Fiebers ist, und es hat jetzt allgemein der Ausdruck Febris mesenterica dem Ausdrucke Febris remittens infantum Platz gemacht, welches Fieber grösstentheils als ein gastrisches und bisweilen

*) Von den Franzosen wird die Krankheit Carreau genannt. Benivieni von Florenz, Sydenham, F. Hoffmann und Sauvages haben sie als besondere Krankheit aufgeführt, und Baumès hat 1787 darüber eine Preisschrift veröffentlicht.

Behrend.

auch als ein auf Gehirnreizung beruhendes erkannt worden ist. Was die Febris mesenterica als akute Krankheit bedeutet hatte, das hatte die Tabes oder Atrophia mesenterica als chronische gegolten, und man hat auch keinen Anstand genommen, Fälle aufzuführen, welche den Uebergang der letzteren in die erstere darthun sollten. Es scheint nun dieser Atrophia mesenterica zu ergehen, wie es mit der Febris mesenterica gegangen ist, und wir haben es der vor uns liegenden Schrift zu verdanken, wenn wir auch über erstere jetzt mehr zur Klarheit kommen.

„Das Resultat einzelner Befunde, sagt der Verfasser, in welchem man bei der Sektion die Mesenterialdrüsen tuberkulös fand, gab Veranlassung, als Grundursache der Krankheit zu betrachten, was nur eine Beimischung oder Folge derselben war, und die Täuschung, welche die bei Erschlaffung des Darmkanales so oft vorhandene Anhäufung harter Skybala verursacht, die gar leicht für Tuberkel gehalten werden, vermehrte wohl bei der früheren Vernachlässigung der Autopsieen die Zahl der tuberkulösen Fälle.“

Eine Tuberkulose der Gekrösdrüsen kann nicht in Abrede gestellt werden; sie kommt allerdings vor, obwohl, wie Guersant der Vater (im Dict. de Médec. en 30 Vol., T. VI, p. 437) bemerkt hat, lange nicht so häufig, als allgemein angenommen wird. Indessen kann auch die Tuberkulose bei Gekrösdrüsen, streng genommen, als selbstständige, besondere Krankheitsform nicht aufgezählt werden, da die Ablagerung von Tuberkelstoff in die Gekrösdrüsen, wie P. H. Green, Rufz, Rilliet und Barthez u. A. nachgewiesen haben, höchst selten allein vorkommt, sondern fast immer in Verbindung mit Tuberkelablagerungen in anderen Organen, im Gehirne, in den Lungen, im Bauchfelle, in den Därmen u. s. w., so dass sie nur die Manifestation der allgemeinen Tuberkelkachexie ist. Guersant der Vater unterscheidet 2 Arten von Gekrösdrüsenleiden, die er aber beide als erstes Stadium der Tuberkulose dieser Drüsen betrachtet, nämlich: 1) eine entzündliche Anschwellung, bei der die genannten Drüsen aufgeschwollen, geröthet, dem Skalpell Widerstand leistend gefunden würden, und 2) eine nicht entzündliche Anschwellung mit blassem Gewebe. Ob nun ausser dieser Tuberkulose der Gekrösdrüsen noch eine andere Affektion derselben bei Kindern vorkomme, die als Grund der Atrophia mesenterica betrachtet werden dürfe, ist noch Gegenstand des Zweifels. —

„Bei diesem Stande der Sache, sagt der Verfasser, und bei

dem Zweifel, der sich uns über die Existenz einer Atrophia meseraica in dem Sinne, wie sie unsere Vorfahren annahmen, aufwarf, schien es uns unerlässlich, zunächst dem normalen Verhältnisse der Mesenterialdrüsen in dem ersten Lebensjahre nachzuforschen, um so mehr, als sich in den uns zur Hand gewesenen anatomischen Lehrbüchern keine Notiz über die Entwickelung der Gekrösdrüsen in den verschiedenen Lebensaltern gefunden hat, ausgenommen in Hildebrandt's Anatomie IV, 196, wo es heisst: „„In jüngeren Körpern sind die Drüsen saftvoller und daher nach Verhältniss grösser, in älteren sind sie nach Verhältniss minder saftvoll, werden daher auch nach Verhältniss kleiner"", und bei Haller (Elem. phys. VI, 361): „„Glandulis mesentericis cum thymo commune est, succo lacteolo in foetu abundare, deinde prima aetate succulentas, esse in senibus demum diminui et fere evanescere."" Es soll die nächste Aufgabe dieser Abhandlung sein, eine Darstellung des Verhaltens der Mesenterialdrüsen in der Säuglingsperiode zu geben, wie sie sich uns aus zahlreichen Untersuchungen ergeben hat."

„Beim Erwachsenen sind die Mesenterialdrüsen, deren grösste Menge im Mesenterium des Jejunum, in drei Reihen gestellt, deren erste ungefähr 1 Zoll vom Darme entfernt ist. Diese sind die kleinsten und zahlreichsten. Die zweite Reihe liegt meist an den Bifurkationen der Gekrösschlagadern und sind weniger zahlreich, aber umfangreicher; die dritte Reihe liegt an der Eintrittsstelle der Arteria mesaraica, umgibt dieselbe und ist an Menge noch geringer, an Grösse bedeutender als die zweite."

„Im Fötalleben entwickeln sich die Mesenterialdrüsen auffallend spät. Bei einem im achten Monate geborenen Kinde, das einige Tage gelebt hatte, fand ich sie sparsam, klein, die grössten kaum eine Linie im Durchmesser haltend, besonders an der Radix mesenterii in geringer Anzahl, aber blutreicher als beim Neugeborenen. (Siehe Tab. I.)"

„Etwas grösser und in stärkerer Anzahl vorhanden waren sie bei einem Kinde, das einen Monat zu früh geboren war und fünf Tage gelebt hatte. Sie überschritten theilweise die Grösse einer Linee und waren ebenfalls etwas blutreich. Haller's Angabe ist also wenigstens in diesem Punkte nicht ganz richtig."

„Beim Neugeborenen, das wenige Tage gelebt und Nahrung zu sich genommen hatte, fand ich die Gekrösdrüsen besonders an der Radix mesenterii, an der Eintrittsstelle der Arteria mesa-

raica ziemlich stark, vom Umfange einer Erbse, die grössten selbst einer kleinen Bohne; die dem Darme zunächst gelegene Reihe weniger entwickelt. Ich habe dieses Stadium auf Tab. II darzustellen versucht."

„In dem Zeitraume von drei Monaten bis zu einem Jahre sind die Mesenterialdrüsen bei gesunden Kindern in der Blüthe ihrer Entwickelung. Sie umgeben die Eintrittsstelle der Arteria mesaraica vollkommen, so dass sie eine Art Pancreas Aselli bilden, sind zwischen den Platten des Mesenteriums ziemlich stark vorspringend, meist von der Grösse einer Bohne und von gelblich weisser Farbe. Die zweite Reihe, die zwischen den Bogen der Arteria mesaraica liegt, ist ebenfalls kräftig entwickelt, in der Regel von der Grösse einer Linse und darüber. Die dritte Reihe, weniger zahlreich und weniger bedeutend, liegt zwischen den Gefässstämmchen, die direkt von dem Bogen in grosser Anzahl nach dem Darme laufen, um sich auf demselben zu verästeln. (Siehe Tab. III.)"

Diese Darstellung ist nur Denen verständlich, welche die sehr deutlichen Abbildungen, die hier erwähnt sind, damit vergleichen können; wir glaubten sie aber wörtlich wiedergeben zu müssen, theils, weil Das, was wir noch zu sagen haben, ohne sie nicht verständlich ist, theils auch, um diese Schrift, wie sie es verdient, nach weiten Kreisen hin verbreiten zu helfen.

Die Schlüsse, zu denen der Verfasser durch seine Untersuchungen gelangt ist, und die wir aus seiner Schrift extrahiren, sind folgende:

1) Die zuletzt beschriebene Entwickelungsstufe der Gekrösdrüsen findet sich bei den meisten Säuglingen, und ist die normale und vollendete Ausbildung dieser Drüsen.

2) Dieser anatomische Befund ist ganz gewiss von Vielen für etwas Krankhaftes gehalten worden und wird wahrscheinlich auch jetzt noch in vielen Fällen dafür gehalten, und sehr wahrscheinlich ist Guersant's erstes Stadium nichts Anderes, da ihre beiden Varietäten, die blutreiche und blutleere, auch ebenfalls bei den gesunden Drüsen gefunden werden.

„Hat man nämlich Gelegenheit, sagt der Verfasser, Kinder zu seziren, deren Darmkanal noch kurz vor dem Tode fungirt hat, bei denen man zuweilen noch einzelne Lymphgefässe mit weissem Inhalte angefüllt findet, so bemerkt man bei diesen immer die Drüsenkapsel auffallend blutreich, die Drüsen selbst sehr

über die Platten des Mesenteriums erhaben und beim Durchschnitte tropfenweise Flüssigkeit entleerend, auch dem Skalpell mehr Widerstand leistend, während bei leerem Darme die Gekrösdrüsen blass, welk und mehr flach erscheinen; Ersteres ist die entzündliche, Letzteres die nicht entzündliche Anschwellung nach Guersant."

3) Mit der Dentition erscheinen die Gekrösdrüsen weniger auffallend, da sie mit der Entwickelung des übrigen Körpers nicht mehr gleichen Schritt halten; sie werden nicht klein an sich, können aber bei krankhafter Einwirkung zeitweise wieder anschwellen und eine vorübergehende Hypertrophie zeigen.

4) Die krankhafte Anschwellung oder einfache Hypertrophie der Gekrösdrüsen unterscheidet sich wesentlich von dem normalen Zustande derselben in ihrer höchsten Entwickelungsstufe.

„Die Drüsen, sagt der Verf., sind nicht nur grösser und gedrängter, unregelmässiger in der Form, besonders die der zweiten Ordnung, sondern sie sind auch höher, dicker geworden, erheben sich mehr über das Niveau der Gekrösplatten; ihr Gewebe ist blutreicher, derber; sie leisten dem Messer mehr Widerstand und lassen beim Durchschneiden weniger Flüssigkeit aussickern."

Diese reine Hypertrophie oder die einfache krankhafte Anschwellung der Gekrösdrüsen ohne tuberkulöse Infiltration oder Tuberkelablagerung scheint aber ziemlich selten zu sein; der Verfasser sah sie in 54 Kinderleichen, von dem Alter von 1 bis 14 Monaten, nur ein einziges Mal.

5) Die Tuberkulose der Gekrösdrüsen kommt in 2 Arten vor. Die erste Art ist diejenige, welche mit allgemeiner Tuberkulose, besonders mit Lungentuberkulose, kombinirt ist.

„Die einzelnen Drüsen, bemerkt der Verf., sind noch etwas mehr angeschwollen, als in der einfachen Hypertrophie, und eine grössere oder kleinere Anzahl von ihnen ist in ihrem Inneren in eine käsige, gelbe Masse verwandelt, welche von einer ziemlich derben Kapsel eingehüllt ist. Zuweilen findet sich im Inneren ein erweichter Kern (abgebildet auf Tafel V des Werkes)." Diese Affektion der Gekrösdrüsen fand sich bei 54 Leichen unter 16 Fällen von allgemeiner Tuberkulose 4mal.

6) Die zweite Art der Mesenterial-Tuberkulose ist diejenige, welche primär in den Gekrösdrüsen zu entstehen scheint und nicht von allgemeiner Tuberkulose abhängig ist; man findet

sie meist mit Tuberkulose des Darmes kombinirt, entweder von dieser hervorgebracht oder Ursache derselben.

„Es findet dabei, bemerkt der Verf., ein Zusammenschmelzen vieler Drüsen in eine oder mehrere tuberkulöse Massen statt, welche gewöhnlich die Grösse einer Haselnuss haben, aber auch bedeutend grösser gefunden werden. Sie haben vollkommen das Ansehen und Gefüge von tuberkulösen Bronchialdrüsen und sie sind es, welche zuweilen durch die erschlafften Bauchdecken durchgefühlt werden und die Diagnose der Tuberculosis mesaraica feststellen lassen (abgebildet auf Tafel VI des Werkes)."

Nur ein Mal in 54 Kinderleichen aus der Säuglingsperiode beobachtet. Im Ganzen also hat der Verfasser in den 54 Kinderleichen nur 6 Mal Erkrankung der Gekrösdrüsen und diese nur 4 Mal mit allgemeiner Tuberkulose kombinirt gefunden, und daraus ergibt sich wohl, dass Anschwellung und Tuberkulose der Drüsen eine Folge veränderter Blutmischung, aber nicht die Ursache der Atrophie zu sein pflegt, ein Schluss, der wohl kaum des Beweises bedurfte.

Sehr bemerkenswerth ist aber, dass bei fast allen Tuberkulösen sich sogenannte Muskatnussleber oder Fettleber fand, und dass in der Mehrzahl der Fälle bei atrophischen Kindern die Leber fast immer hypertrophisch, und, bei allgemeiner Blutleere, sehr mit Blut gefüllt sich zeigte.

„Die Zahl der an Atrophie verstorbenen Kinder hält mit den der Tuberkulose verfallenen gleichen Schritt. Während unter 54 Kindern 16 der Tuberkulose erlagen, finden wir eben so viel als an Atrophie verstorben aufgezeichnet, von welchen wiederum 7 mit Enteritis folliculosa komplizirt waren, allein auch bei diesen fand sich Hyperämie der Leber."

Der Verfasser versucht nun eine Erklärung dieses letzteren Umstandes, die viel für sich hat und gelesen zu werden verdient, und indem wir die Schrift aus der Hand legen, können wir uns nicht enthalten, die Worte anzuführen, mit denen der Verfasser sie schliesst:

„Uns muss es genügen, sagt er, auf diese Verhältnisse zwischen Atrophie und Leberhypertrophie aufmerksam gemacht und das Feld der Gekrösdrüsenleiden beschränkt zu haben. Sehen wir bei diesem einfach scheinenden Gegenstande, wie arm wir oft da sind, wo wir viel zu wissen glauben, so liegt eben in der Erkenntniss, dass noch Manches fehlt, das Angenehme, dass un-

zur wissenschaftlicher Trieb nie durch Ruhe erschlafft, dass noch immer viel Arbeit vorliegt, die unserem geistigen Leben einen neuen Reiz verleiht; dabei dürfen wir nie vergessen, dass in der Wissenschaft kräftige Männer, wie Tiedemann, namentlich in Bezug auf die Verdauungslehre, die Leiter hingestellt haben, auf deren Sprossen Andere hinaufklimmen."

Der fünfzigjährigen Doktor-Jubelfeier des eben genannten berühmten Physiologen ist diese Schrift gewidmet: ihre hübsche typographische Ausstattung ist dieser Widmung angemessen.

Ueber Diätetik der Schwangerschaft. Die wichtigsten Lebensregeln für schwangere Frauen. Von Ortwin Naegelé, praktischem Arzte und Geburtshelfer zu Düsseldorf, 1853, 12., 73 Seiten.

Diese kleine Schrift erscheint uns für den Zweck, den der Verfasser dabei im Auge hatte, sehr brauchbar. Sie ist, was für populäre Schriften ganz besonders wichtig, aber nicht so leicht ist, wie man annehmen könnte, sehr verständlich abgefasst und enthält nur das Wesentliche, das Frauen wissen müssen, um sich während der Schwangerschaft so zu verhalten, dass weder sie, noch ihre Frucht einen Nachtheil erleiden, ein gutes Wochenbett haben und das für das Kind so wichtige Säugegeschäft auch gehörig vollziehen können. Wir können den Aerzten, welche glauben, den schwangeren Frauen in ihrer Praxis eine kleine gedruckte Anweisung in die Hand geben zu müssen, diese Schrift wirklich empfehlen.

Die jodhaltigen Mineralquellen zu Saxon.

1) Das Mineralwasser von Saxon, chemisch untersucht von Dr. F. Heidepriem und Dr. H. Poselger, 8., ohne Jahreszahl, gedruckt bei Bernstein in Berlin, 8 Seiten.
2) Ueber die Existenz des Jods in der Heilquelle von Saxon (Canton Wallis in der Schweiz). Vorgetragen in der Gesellsch. der walliser Naturforscher zu Sion, am 3. Febr. und am 7. April 1853, von H. Brauns, Sitten, gedruckt bei David Rachor, 1853, 8, 23 Seiten.
2) Notice sur les Eaux minérales jodurées de Saxon, Canton de Valais (Suisse), par T. Pignant, D. M., Membre de la Société médicale de Dijon, Mai 1853, Lausanne, Imprimérie de Blanchard ainé, 8., p. 31.

Die jodhaltigen Mineralquellen gehören der Kinderheilpflege ganz besonders an, und so lange das Jod noch als das wichtigste Mittel gegen Skrophulosis, Tuberkulosis und Rhachitis betrachtet werden muss, haben wir solchen Quellen unsere besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Die Quellen von Saxon liegen 2 Wegstunden von Martigny und 4 von Sion im Canton Wallis, in dem schönen und reichen Rhonethal, das sich von Martigny bis fast zum Fusse des Simplon erstreckt und zwar in der Richtung von Ost nach West, so dass es gegen die kalten Nord- und heissen Südwinde geschützt ist und stets eine milde, sehr temperirte Witterung hat. Ein Westwind, der täglich das Thal durchweht, reinigt es von den angehäuften Dünsten. Die Hauptquelle, Fontaine aux croix oder Fontaine chaude genannt, seit langer Zeit schon von dem Landvolke gegen Augenkrankheiten, Geschwüre, Geschwülste äusserlich und in Bädern benützt, ist sehr reichlich; das Wasser ist klar, geruchlos und ohne auffallenden Geschmack; es unterscheidet sich nicht vom destillirten Wasser, hat aber eine Temperatur von 25° 30′ C. (20° R.), gehört also zu den warmen Quellen. Die erste Untersuchung dieses Wassers wurde im J. 1844 von Hrn. P. Morin angestellt (Biblioth. univers. de Genève, Mai 1844) und zeigte, dass dasselbe wenig feste Bestandtheile, welche hauptsächliche aus schwefelsaurer und kohlensaurer Magnesia und Kalkerde nebst etwas Kali und Natron bestehen, enthalte, ausserdem aber noch eine problematische Substanz, die von Morin Gleirine genannt, aber nicht näher bestimmt wurde. Im vorigen Jahre wurden neue Analysen von Rivier und Fellenberg in Lausanne (Sur la présence de l'iode dans les eaux de Saxon, Lausanne 1853, 8.), von Heidepriem und Poselger in Berlin, von Dr. Sonnenschein daselbst und von Dr. Brauns in Sitten vorgenommen, und Alle entdeckten Jod in bedeutender Menge im Wasser. Dasselbe bestätigten die Analysen von Abbene in Turin, Kramer in Mailand und Peyrona in Genua. Die Analysen von Brauns und Heidepriem sind die vollständigsten und stimmen unter geringen Abweichungen mit einander überein. Danach sind in 1000 Theilen des Wassers enthalten: 0,0188 Chlornatrium; 0,0777 Jodnatrium; 0,0582 schwefelsaures Natron; 0,0320 schwefelsaures Kali; 0,1788 schwefelsaure Magnesia; 0,0103 doppelt kohlensaure Magnesia; 0,3843 doppeltkohlensaurer Kalk. — Der Jodgehalt ist also sehr bedeutend und

wird nur vom Haller Kropfwasser und der Leopoldstherme zu Montecalini darin übertroffen; der Adelheidsquelle zu Heilbrunn steht das Wasser von Saxon hinsichtlich des Jodgehaltes sehr nahe. Die bis jetzt bekannten jodhaltigen Quellen reihen sich folgendermaassen an einander:

Soolquelle zu Hall (nach v. Holger) . . .	0,6088	Jod
Leopoldstherme zu Montecalini (nach Giulj) .	0,3209	„
Adelheidsquelle zu Heilbrunn (nach Fuchs)	0,1004	„
Mineralwasser von Saxon (nach Heidepriem)	0,0970	„
Soole zu Salzhausen (nach Liebig) . . .	0,0648	„
Mineralquelle zu Luhatschowitz (nach Planiava)	0,0076	„
Karlshaller Quelle zu Kreuznach (nach G. Osann)	0,0048	„

in 1000 Theilen Wasser. Die Kreuznacher Quelle ist also die schwächste. Zu empfehlen ist Saxon vorzugsweise gegen Skrophulosis, skrophulöse Ophthalmieen, Tumor albus, Dysmenorrhoe, Chlorose und Tuberkulose.

III. Berichte und Korrespondenzen.

Ueber die Vorkommnisse im Hauner'schen Kinderhospitale zu München und dessen Ambulatorium während der Monate Januar, Februar, März und April 1854, von Dr. Joseph Kirschensteiner, Hülfsarzte am Kinderhospitale.

Vom 1. Januar bis zum 1. Mai kamen uns 688 Kinder in Behandlung, davon 568 im Ambulatorium und Policlinicum, 120 im Spital. Die inneren und Augenkrankheiten waren in 615, die chirurgischen Leiden in 73 Fällen vertreten.

Das grösste Kontingent stellten uns, wie immer, I. die Leiden der Verdauungs- und Assimilationsorgane, welche seuchenartig aus den Wiegen der kaum Geborenen ihre Opfer holen; 120 Kinder von dieser Sorte gingen uns zu, also gerade jeden Tag eines; 44 von diesen Kleinen zeigten, als sie unsere Behandlung suchten, bereits die Physiognomie der Pädatrophie, waren durch Diarrhöen, Erbrechen, sekundäre Hirnleiden u. s. w. schon arg zugerichtet. Dennoch hatten wir öfters

die Freude, durch eine wohlgeordnete Ernährung und Behandlung, wie sie schon öfters mitgetheilt wurde, einige fast hoffnungslose Fälle genesen zu sehen. — Was die Behandlung betrifft, so versuchten wir in letzterer Zeit das Kali hydrojodic. in der von Hrn. Obermedizinalrathe Pfeufer empfohlenen Formel: Kali hydrojodic. ʒj auf ℥j Aqu. dest., davon täglich dreimal zehn Tropfen zu geben. Das Kind, 4 Monate alt, litt schon 5—6 Wochen lang an Erbrechen und Diarrhoe, ertrug keine Nahrung, und trotzte jeder diätetischen und medikamentösen Behandlung, die Darmstoffe sahen immerfort gehackten Eiern ähnlich; was nicht erbrochen wurde, ging unverdaut ab. Nach der Darreichung des Jodkaliums, schon nach der ersten Dosis, stand das Erbrechen still, und so 5 Tage lang, während welcher Zeit auch die Diarrhoe seltener, die Darmstoffe besser gefärbt und geformt wurden, und die Esslust wiederkehrte. Doch bereits am 6. Tage traten die kaum bewältigten Symptome mit einer Heftigkeit auf, und tödteten das Kind nach 4 Tagen. Wir reichten das Jodkalium unmittelbar nach dem letzten Löffel der Mahlzeit, von der Voraussetzung ausgehend, dass es vermöge seiner katalytischen Wirkung die Gerinnung der so eben in den Magen gelangten Milch, welche bei überschüssiger Säure so abnorm geschwind vor sich geht, verhindere oder verlangsame. Wir werden jedoch durch diesen einzigen missglückten Versuch uns nicht abschrecken lassen, das Mittel in passenden Fällen wiederum in Gebrauch zu ziehen.

Die Stomatitis pseudomembranacea sahen wir 9mal mit Katarrh der dünnen, mitunter auch der dicken Därme verbunden. Ohne Zweifel kommt uns dieses äusserst häufige Leiden darum so selten ohne Komplikation zu Gesichte, weil die Eltern oder Kostfrauen wegen der „Hebe" allein nie einen Arzt zu Rathe ziehen. Daher ist auch unser Augenmerk und unsere Behandlung gegen die Darmaffektion gerichtet, weil wir der Ansicht sind, dass diese reichliche Epithelabstossung und Pilzbildung in der Mundhöhle blos eine Theilerscheinung einer weitverbreiteten Krankheit ist, die nach der Kontinuität der Schleimhäute und der äusserst raschen Vermehrung der Parasiten nicht selten die ganze Oberfläche des Nahrungskanales überzieht. Gelingt es, die Diarrhoe zu bemeistern, so verschwindet auch der Soor. Die am meisten zu berücksichtigende Indikation einer örtlichen Behandlung des Soors wäre wohl die möglichst rasche Herstellung der

normalen Energie der Geschmacksnerven, um von dieser Seite her der Esslust und der Verdauung aufzuhelfen. Das Einpinseln von Argent. nitric. ist hiezu das beste Mittel.

Stomacace, 11 mal vorgekommen, jedesmal rasch geheilt durch Ausziehen der schadhaften Zähne, und durch Entfernung des üblen Geruches mittelst Kali chloric.

Diphtheritis oris et faucium 6mal. Ein äusserst langwieriger Fall möchte der Erwähnung nicht unwerth sein.

Am 5. März trat J. G., ein Knabe von guter Konstitution, in Behandlung mit Bronchitis im letzten Stadium des Keuchhustens. Am 11ten zeigten sich auf der Wangenschleimhaut und dem vorderen Theile des harten Gaumens hochrothe, erhabene Flecken von Stecknadelkopfgrösse, die alsbald sich entfärbten und aschgrau, schmierig wurden, zugleich auch einen äusserst üblen Geruch verbreiteten. Alle Zähne waren ganz gesund. Schabte man den nussfärbigen Schmant (Beleg) weg, so kam ein flacher Geschwürsboden zum Vorschein, der sich in etlichen Stunden wieder mit einer weisslichen Decke überzogen hatte. Gleichzeitig mit dieser Affektion der Mundhöhle, die sich noch weiter auf den harten Gaumen nach hinten ausdehnte, verschwand aller Appetit; das Kind bekam Fieber, und fing rasch an, atrophisch zu werden; es nahm gar keine Nahrung zu sich, so dass wir blos auf nährende Klystire und Bäder beschränkt waren. Die Geschwüre bepinselten wir täglich mit einer kräftig konzentrirten Höllensteinlösung, nachdem wir zuvor den diphtheritischen Beleg weggewischt hatten. Bereits 14 Tage währte dieses Leiden, als sich mit einem Male hydrokephalische Erscheinungen einstellten: Strabismus, eingezogener Unterleib, Würgen, verstärktes Fieber, heisser Kopf u. s. w. Doch verschwanden nach 2 Tagen diese bedrohenden Symptome wieder; und während nun dieser Prozess in der Mundhöhle bis zur Genesung und Wiederherstellung der Esslust vom 12. März bis zum 9. April dauerte, an welchem Tage der Kleine zum ersten Male etwas Suppe genoss, wurde er blos durch Klystire von Fleischbrühe und Eigelb, durch Bäder mit Fleischbrühe, abwechselnd mit aromatischen Bädern, am Leben, freilich in vita minima, erhalten. Das einzige, was man ihm beibringen konnte, waren täglich einige Theelöffel voll Wein. Erst vor einigen Tagen konnten wir den Patienten aus der Behandlung entlassen, der sein Leben wahrscheinlich blos dem Umstande zu danken hat, dass sämmtliche Klystire aufgesaugt wur-

den; seine Stühle waren niemals fäkulent, aber höchst übelriechend.

Dysenterie kam 15mal vor; es waren fast lauter leichtere, der Behandlung mit Klystiren von Stärkemehl und Kalomel mit Opium ziemlich willig weichende Erkrankungen. Wir hatten nie Gelegenheit, die Beschaffenheit der Dickdarmschleimhaut zu sehen, und können daher die Vermuthung, ob diese Dickdarmleiden mit jenen, welche in unserer Stadt schon öfters beim Typhus beobachtet worden sind, irgend eine anatomische Aehnlichkeit haben, durch keinen Sektionsbefund unterstützen.

Peritonitis kam uns nur 2mal vor; nämlich 1mal bei einem $8^1/_2$jährigen Kinde, wo sie durch etliche Blutegel geheilt wurde, und dann bei einem 4jährigen Knaben, wo durch ein perforirendes Typhusgeschwür mit nachfolgender grosser Exsudation der Tod erfolgte. Wir richten schon seit längerer Zeit unsere Aufmerksamkeit auf die Bauchfellentzündung der ganz kleinen Kinder, deren Häufigkeit nach einigen Autoren so ausserordentlich gross sein soll, aber wir fanden noch keinen Fall, der uns zu dieser Diagnose — die tuberkulöse Peritonitis ausgenommen — gerechte Veranlassung gegeben hätte. Auch sehen wir bei Sektionen kleiner Kinder nie peritonitische Exsudate, äusserst selten Spuren früher vorhanden gewesener Entzündungen dieser serösen Haut.

Diarrhoea ablactatorum kam 2mal vor; Helminthen 8mal. Gegen den Bandwurm werden wir bald einen Versuch mit dem Extract. Brayerae anthelm. anstellen. —

II. Krankheiten der Respirationsorgane waren im letzten Winter sehr häufig. Die anhaltende trockene Kälte schien ganz besonders dem Keuchhusten günstig zu sein, der unter den 127 Fällen, die wir an Krankheiten der Athmungsorgane ambulatorisch und poliklinisch behandelten, 31mal vorkam, und zwar im Januar 4-, im Februar 12-, im März 11- und im April 4mal. Diese Epidemie, die noch immer, wenn auch in geringerem Grade, fortwährt, zeichnet sich durch die lange Dauer des nervösen Stadiums und der nachfolgenden Bronchialleiden aus, gegen die auch vorzugsweise, sowie gegen die Pneumonieen, unser Einschreiten gerichtet ist. — Katarrh der Bronchien, Bronchitis 58mal. —

Pneumonie. Von 19 Fällen liefen 3 tödtlich ab; der eine davon war eine Komplikation des Keuchhustens. Bei allen

diesen Kindern wandten wir örtliche Blutentziehung an; und kamen hiebei öfters zur Beobachtung, dass die ganz kleinen Kinder uns auf die Applikation eines einzigen oder zweier Blutegel mit mässiger Nachblutung mehr kollabirten, als früher, was wahrscheinlich in der Herrschaft des anämischen Krankheitsgenius seinen Grund hat. Ein 11jähriger Knabe ging uns mit Empyem zu. Schon einige Zeit vor seinem Eintritte in's Spital wurde er an Rheumatismus der Bauch- und Brustmuskeln der rechten Seite behandelt. Bei seiner Aufnahme war die Lebergegend aufgetrieben, die unteren Interkostalräume nach auswärts gedrängt, der Perkussionston bis zur Höhe der Brustwarze gedämpft und an diesen Stellen das Athmen nicht hörbar. Dabei eine äusserst lästige Hyperästhesie der Haut; bei der leisesten Berührung schrie er laut auf vor Schmerzen, die empfindliche Stelle war nicht grösser als ein Guldenstück; dabei Fieber. Verordnet: Unguent. ciner.; Cataplasmata ex Hb. Cicut. et Hyoscyam. — Nach 12 Tagen seines Spitalaufenthaltes bekam er plötzlich des Nachts Husten mit stechenden Schmerzen, und fing gegen Morgen an, enorme Massen von blutgemischtem Eiter auszuspucken: der Perkussionston blieb in obigem Umfange gedämpft, man hörte an den dem unteren Lappen der rechten Lunge entsprechenden Brusttheile bronchiales Athmen, Konsonanz der Stimme und der Rasselgeräusche. So entleerte er innerhalb 5 Tagen eine grosse Masse von Eiter, worauf diese Expektoration 3 Tage lang sistirte, um denn mit erneuter Heftigkeit zu beginnen und 14 Tage lang anzuhalten. Innerhalb dieses Zeitraumes hörte man Knisterrasseln und Reibungsgeräusche. Allmählig nahm Husten und die Menge des Auswurfes ab, das Fieber minderte sich, und nach 46tägigem Spitalaufenthalt wurde der Knabe, der vom Beginne der Expektoration an vorzugsweise tonisch behandelt wurde, aber nichtsdestoweniger sehr von Kräften gekommen war, geheilt entlassen. Wir dachten während des Krankheitsverlaufes wohl an die Möglichkeit, dass wir es vielleicht mit einem Leberabszesse, oder mit einem zwischen Leber und Zwerchfell eingekapselten Abszesse, der zuerst Zwerchfell und Lunge bis über die Brustwarze nach oben gedrängt (daher Dämpfung und Mangel des Athmens), eine Verwachsung des Lungen- mit dem Zwerchfellüberzuge zu Stande gebracht hätte, worauf dann Perforation des Eiters in's Lungenparenchym, und von da aus Entleerung in einen oder mehrere grössere Bronchien erfolgt wäre. Das Reibungsgeräusch, das

konsonirende Rasseln und Sprechen, das bronchiale Athmen, das Knistern — alle diese Erscheinungen können bei beiderlei Zuständen vorkommen, daher liessen wir auch die apodiktische Diagnose in suspense, und hielten die unsrige des Empyems nur für eine Konjektural-Diagnose. — Ausserdem kamen uns nur 3 Fälle von Pleuritis vor.

An der Laryngitis exsudativa oder membranacea behandelten und verloren wir 2 Kinder, und zwar eines ein Mädchen von $2^1/_2$ Jahren aus einer Familie, der bereits 5 Kinder durch den Krup entrissen worden sind. Die Eltern sind gesund, alle Kinder sahen blühend aus, die noch vorhandenen 3 sind ganz kräftige, wohlentwickelte Kinder; die Wohnungsverhältnisse sind gut, die Nahrung und Verpflegung geschieht von der sehr sorgsamen Mutter — was ist da die Ursache dieser doch unläugbaren Disposition zur häutigen Bräune? Und es ist wirklich Krup, nicht Laryngospasmus u. s. w. gewesen, denn man fand bei den Sektionen jederzeit eine sehr mächtige Auflagerung membranöser Art auf der Kehlkopfschleimhaut. Auch trat bei dem Kinde, das zuletzt an dieser Krankheit starb, der Krup in ganz deutlichen Intermissionen auf. Abends ein heftiger Steckanfall, und als wir zu dem Kinde kamen, fanden wir es ganz heiter und spielend, nur war es heiser — da wir aber das Gefährliche der Heiserkeiten in dieser Familie wohl kannten, so verordneten wir ein Brechmittel; den kommenden Morgen wiederholte sich der Steckanfall, und Mittags schon trat Tod durch Suffokation ein. Die Sektion zeigte eine deutliche Krupmembran. — Einfache, akute Laryngitis kam 4 mal vor; der Spasmus glottidis zeigte sich in 6 Fällen, einer derselben war mit Konvulsionen der Extremitäten verbunden. Wenn wir auch dieses Leiden jedesmal durch genaue Untersuchung diagnostiziren, so pflegen wir doch immer unsere Therapie für den Probestein der richtig gestellten Diagnose zu halten, denn die Tinct. Mosch. ist ein ziemlich zuverlässiges Mittel gegen den reinen Krampf der Kehlkopfmuskeln, und hat uns bisher selten ihre guten und rasch eintretenden Wirkungen versagt. —

III. Krankheiten des Kopfes, richtiger des Gehirnes, kamen 41 mal zur Beobachtung; eine Kephaloea intermittens, die wir rasch durch Chinin heilten; 19 Hyperämieen und Reizungen des Gehirnes während der Dentitionsperiode; 7 Konvulsionen; 1 Kretinismus.

An Hydrocephalus acutus, jener mörderischen Krankheit, von der leider noch heute wie vor 150 Jahren das Boerhaave'sche Prognostikon gilt. „Hydrocephalus colluvie facta in cavitatibus ipsis incurabilis" verloren wir 2 Kinder. Bei der Sektion zeigte sich bei dem einen ein haselnussgrosses Tuberkel im kleinen Gehirne, und Miliartuberkeln der Pia mater, bei dem anderen einige erbsengrosse Tuberkeln der Pia mater an der Basis des grossen Gehirnes und ebenfalls Miliartuberkeln in der Fossa Sylvii; bei jedem 4—5 Unzen Serum in den Ventrikeln. Bei einem $6^3/_4$ jährigen Knaben, der mit schwankendem Gange, zitternden Gliedern, leichtem Strabismus, Konstipation uns zuging, und der aus einer tuberkulösen Familie stammte, stellten wir die Diagnose auf beginnenden Hydroceph. tuberc., behandelten ihn aber nichtsdestoweniger mässig antiphlogistisch mit 1 bis 2 Blutegeln hinter dem Ohre und Kalomel, worauf sich Diarrhoe einstellte mit Erleichterung der Hirnsymptome. Nach 1 monatlichem Aufenthalte im Spitale entliessen wir den Knaben in ziemlich gebessertem Zustande; freilich mit der Befürchtung, dass wir über kurz oder lang es mit einer ernsthafteren Gehirntuberkulose zu thun haben werden.

IV. Fungus durae matris medullae spinalis (die Krankengeschichte ist von dem Kandidaten der Medizin, Herrn Füner, mitgetheilt). Magdalena Riemer, $4^1/_2$ Jahre alt, wurde den 17. Nov. 1853 in's Kinderspital aufgenommen. Das Kind, obwohl von Geburt an schwächlich, soll ziemlich gesund gewesen sein, blos bei Witterungswechsel über Schmerzen an den unteren Extremitäten geklagt haben. Seit 3 Monaten aber bemerkte die Umgebung, dass die Kleine anfing, den rechten Fuss nachzuschleppen, und sich fürchtete, auf demselben zu stehen oder ihn zum Gehen zu gebrauchen; zugleich klagte sie sehr über Schmerz im Knie und in den Zehen dieses Fusses. Ungefähr 3 Wochen vor dem Eintritte in's Spital begann sie auch über Schmerz im linken Fusse zu klagen, und wollte auch auf diesem nicht mehr stehen. Der Vater des Kindes soll gesund, die Mutter aber an Phthisis florida gestorben sein.

Bei der Aufnahme in's Spital klagte das Kind über Schmerz im Knie und in den Zehen des rechten Fusses, Schmerz beim Befühlen dieser Theile, bei Druck in der Hüftgelenkgegend ist nicht vorhanden; die freiwillige Bewegung des rechten Fusses ist

völlig aufgehoben, die des linken sehr beschränkt. Beide Füsse, besonders der rechte, der ganz welk und schlaff herabhängt, sind ziemlich atrophirt. Der Sphincter vesicae urinariae et ani gelähmt, und während der Urin beständig abträufelt, ist das Kind nicht im Stande, die im Mastdarme in ziemlich harten Klumpen angehäuften Kothmassen wegzuschaffen. Puls frequent, klein, leer, Zunge belegt, viel Durst, Fieber mit abendlicher Exazerbation. Das Kind hat einen traurigen, leblosen Blick, eine zarte, weisse, gleichsam durchscheinende Haut, schlaffe Muskulatur, jedoch eine seinem Alter angemessene geistige Entwickelung, ruhigen Schlaf, Esslust, und bewegt Hände und Arme ungehindert nach allen Seiten; es hustet wenig, ohne Anstrengung, die physikalische Untersuchung der Brust ergibt nichts Abnormes. Wenn auch aus der nur mangelhaft gewonnenen Anamnese für die Konstitution zweifelhafte Anhaltspunkte zur Feststellung einer Diagnose gegeben waren, so liess uns doch der ganze Habitus der Erkrankten, der zeitherige Verlauf des Uebels selbst mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine tuberkulöse Grundlage der Krankheit schliessen. Da durch Zusammenstellung der Symptome es sehr schwer fiel, mit Gewissheit das Leiden zu bestimmen, so suchte man per exclusionem zur Diagnose zu gelangen. Es fielen hier in das Bereich der Möglichkeit: Coxarthrocace, Ischias, Psoitis, Spondylarthrocace, Meningitis spinalis, Pseudoplasmata, Entartungen der Medulla spin. selbst. Und während manche Symptome für dieses Leiden, andere für jenes sprachen, fehlten hinwiederum andere, so dass man endlich, wegen der Konstitution des Kindes, und weil bei der Untersuchung der ganzen Wirbelsäule eine richtige Position aller Wirbel gefunden, und kein Schmerz beim Druck und Beklopfen an irgend einer Stelle derselben, noch eine Röthe oder Geschwulst zu entdecken war, sich zu dem Schlusse berechtigt glaubte, es beruhe die Lähmung der unteren Extremitäten, der Blase und des Mastdarmes unmittelbar auf einer materiellen Veränderung im unteren Theile des Rückenmarkes oder seiner Häute, welche wohl tuberkulöser Natur sein könne. Die Prognose durfte bei der grossen Schwäche des Kindes nur als höchst ungünstig gestellt werden, und man erwartete einen lethalen Ausgang entweder durch Ergriffenwerden des Gehirnes selbst, oder durch vollständige Erschöpfung. Obwohl jede Therapie von vornherein keinen Erfolg versprach, und die Kleine eher in Berücksichtigung der üblen Verhältnisse, in denen sie sich bei ihren höchst dürf-

tigen Angehörigen befand, und zur klinischen Beobachtung in's Spital aufgenommen wurde, so glaubten wir doch, sowohl in Bezug auf konstitutionelle als allenfallsige symptomatische Behandlung Nichts unterlassen zu dürfen. Wir reichten Ol. jecor. Asell. jodat., aromatische Bäder, milde, kräftige Kost; beobachteten grosse Reinlichkeit in Leib- und Bettwäsche — allein das Uebel besserte sich nicht, und obwohl die Patientin eine Zeit lang munter erschien, die Lage hier und da wechselte, mit Spielen sich unterhielt, die Verdauung gut blieb, nahm die motorische und sensible Lähmung der unteren Extremitäten nun auch auf der linken, bisher besseren Seite immer zu; die harten trockenen Kothmassen, die mittelst kalter Wasserklystire weggespült wurden, machten unwillkürlich abgehenden, diarrhoischen Entleerungen Platz. Die Kälte der Füsse bis zum Becken herauf nahm zu. Eine Wunde an der rechten Hinterbacke, die sich die Kleine durch den Scherben eines zerbrochenen Nachttopfes zugezogen hatte, und ein Decubitus am Kreuzbeine wurden rasch missfarbig, brandig, durch aromatische Umschläge und Waschungen nicht verändert; ja sie zeigten sich bei Anwendung von Reizungen und Aetzungen ganz gefühllos. Die Abmagerung nahm zu, und oft wiederkehrende Fieberanfälle raubten die wenigen Kräfte völlig; es trat vollkommene Gefühls-Lähmung der ganzen unteren Körperhälfte ein, und der Willenseinfluss auf alle diese Theile war nun so weit aufgehoben, dass die Kranke nur ein klein wenig über die Adduktoren und Rotatoren des linken Fusses Herr war; die kalten Füsse, an denen das Thermometer auf 23° R. sank, waren stets in gestreckter Lage; endlich traten leichte Zuckungen und Verzerrungen in der oberen Körperhälfte ein, auf welche stärkere Konvulsionen und bald Agonie und endlich wirklicher Tod folgte.

Sektion. Seitenventrikel des Gehirnes erweitert, mit Serum gefüllt; Serum im Arachnoidealsacke; Plexus chorioidei nicht erblasst; Medulla oblongata sehr derb anzufühlen. Im linken und rechten unteren Lungenlappen Splenisation, in der Spitze der linken Lunge ein erbsengrosses, käsiges Tuberkel; die anderen Theile der Lunge blutleer. Im Herzbeutel die Menge des Serums etwas vermehrt; Herz dünnwandig, schlaff; — Leber etwas fettig, dunkelgefärbt, viel wässeriges Blut enthaltend; dünnflüssige, hellgrüne Galle. Mesenterialdrüsen tuberkulös; Schleimhaut des Sigmoiddarmes (S romanum) verdickt, ödematös, mit krupösen

Auflagerungen. Im unteren Drittheile des Dünndarmes Ekchymosen; der Afterschliessmuskel ganz welk, schlaff, ebenso der Schliessmuskel der Harnblase; Schleimhaut der letzteren aufgelockert. Vom ersten Lendenmuskel bis zum dritten fand sich in der hinteren Hälfte der Dura mater eine Neubildung, welche aus einem gefässreichen Netze von Bindegewebe, worin viele Kerne und einzelne Zellen eingelagert waren, besteht, diese Einlagerung ist mit dem Messer als ein milchiger Saft auszustreifen; stellenweise gelbliche, bröckliche, tuberkelähnliche Massen in der Neubildung. Diesem Befunde nach ist die Neubildung eine enkephaloide, ein Fungus, der theilweise in Erweichung übergegangen ist. Das durch die Geschwulst komprimirte Rückenmark zeigt in allen Fasern der Cauda equina fettige Degeneration; auch etwas nach aufwärts erstreckt sie sich noch. In der grauen Substanz des Rückenmarkes finden sich Kernzellen bis in die Nähe der Halsanschwellung. Die Inguinaldrüsen sind ähnlich der obigen Neubildung verändert.

Durch diese Wucherung im unteren Theile der Rückenmarkshöhle musste Kompression der Medulla spinalis und Funktionsstörung derselben erfolgen. Anfangs litt das Kind an den unteren Extremitäten an Hyperästhesie, herrührend wahrscheinlich von gelindem, ungleichmässigem Drucke, weil das Rückenmark allmählig vollkommen zerdrückt wurde. —

Lähmungen aus anderen Ursachen sind allerdings häufige Krankheiten bei Kindern, aber die Seltenheit eines Krebses in der Rückenmarkshöhle eines Kindes mag die voranstehende, etwas weitläufige Erzählung entschuldigen. Fast alle Schriftsteller über Kinderkrankheiten handeln den Krebs in ihren Werken entweder gar nicht ab, oder erwähnen desselben mit einigen Worten, jedenfalls zählen sie ihn zu den Seltenheiten des kindlichen Alters. Auch bewährte pathologische Anatomen erwähnen den Enkephaloid-Krebs an solchen Stellen, als im Kindesalter vorkommend, wenig, und glauben, dass er nur bei hochgradiger Krebsdyskrasie als seknndäre, in Folge der Resorption entstandene Ablagerung beobachtet werde. Wir bemerken noch, dass Dr. Wiener in Kreuzburg (Behrend's und Hildebrand's Journal für Kinderkrankheiten Bd. XI, Hft. 5 u. 6, p. 320) 2 Krankengeschichten mittheilt, welche die vollste Aehnlichkeit mit der unsrigen haben, nur dass dort die Ablagerung tuberkulöser Natur war. Im Journal für Kinderkrankheiten (Septemb. —

Oktob. 1853, S. 242) sind 20 Fälle von Krebs aus Londoner Hospitälern zusammengestellt, die aber alle in anderen, meist äusseren Theilen ihren Sitz hatten, und wo auch nicht konstatirt zu sein scheint, dass sie solche bösartige Geschwülste gewesen seien, wie die obige. —

V. Von den Ernährungskrankheiten (Dyskrasieen) beschäftigten uns, wie immer, am häufigsten die Rhachitis (46) und die Skrophulosis in ihren vielgestaltigen proteusartigen Formen. Die Rhachitis ist diejenige Krankheit, von der wir mit gutem Gewissen sagen können, „wir heilen sie“, was uns bei verhältnissmässig wenigen Krankheiten gegönnt ist. Viel weniger ist dieses bei den Skropheln der Fall. Hat die Rhachitis einmal entweder von selbst ihren Verlauf durchgemacht oder ist sie geheilt worden, so hat sie ihr Ende und verschont von da an das Individuum. Die Skropheln dagegen — kaum hat man sie in der einen Form mit vieler Mühe bewältigt, steigen sie in einer anderen, meist noch hartnäckigeren wieder herauf. In 3 Individuen sahen wir zweifellos Rhachitis und Scrophulosis beisammen, nämlich rhachitische Knochenverkrümmungen neben skrophulösen Drüsenabszessen. Tuberkulose d. h. weitgediehene chronische Lungentuberkeln sahen wir 8 Mal; allgemeine Miliartuberkulose 2 Mal. Der eine Fall, der durch seine Hautgeschwüre sich auszeichnete, war besonders interessant, und wir wollen ihn etwas ausführlich mittheilen.

Johann Thaler, 5 Jahre alt, aus München, wurde im Herbste 1852 zum ersten Male im Kinderspitale an Masern behandelt. Damals erfuhr man, dass er die ersten 6 Monate seines Lebens immer leidend war und nicht gedeihen wollte. Er hat einen aufgetriebenen Unterleib, von dem die Eltern angeben, dass er bald grösser, bald wieder kleiner gewesen sei. Im August 1853 betrat er, nachdem er bereits 12 Tage ziemlich unpässlich gewesen, zum zweiten Male die Anstalt unter den Erscheinungen von Schmerz bei Berührung des Unterleibes, hatte starkes Fieber, reichliche Schweisse, Eiweissharnen und Schmerz in der Nierengegend, welche Symptome auf eine antiphlogistische Behandlung fast ganz schwanden. Am 25. Tage seines Aufenthaltes im Spitale bemerkte man Anschwellung des grossen Leberlappens und Wasseransammlung in der Bauchhöhle bis zum Nabel herauf; Urin reichlich, ohne Eiweiss. Auf den Gebrauch resolvirender Arzneien und warmer Bäder liess der Schmerz in der Lebergegend

nach, die Bauchwassersucht nahm ab, so dass der Knabe nach 55tägigem Aufenthalte ziemlich gebessert entlassen werden konnte, freilich mit einer etwas vergrösserten Leber und in anämischem, schwachem Zustande. Am 2. Dez. 1853 wurde er zum 3. Male mit folgenden Symptomen in's Spital aufgenommen: die unteren Körpertheile waren bis zur Nabelgegend herauf mit einem Ausschlage bedeckt, welcher, die Fusssohlen ausgenommen, bis zum Knie hinauf eine blauröthliche Farbe zeigt, und mit lebhafter epidermatischer Abschuppung begleitet war. Bei genauerer Betrachtung jedoch liessen sich einzelne kleine Papeln von ungleicher Grösse unterscheiden. Vom Knie bis in die Schenkelbeuge werden die Flecken viel kleiner, fühlen sich erhaben an; auf der Schaambeinfuge und in der Gegend des Perinäums zeigen sich kleine Geschwüre, die durch geplatzte oder aufgerissene Ekthymapusteln entstanden zu sein scheinen und viel Jucken verursachen. Unterleib gross, ungleich, mässig ausgedehnt, hängt auf die tiefer liegende Seite sackartig hinab; Fluktuationsgefühl und matter Perkussionston in der Regio hypogastrica. Die Leber kleiner im Längendurchmesser; Nierengegend nicht schmerzhaft; auf der ganzen Thoraxfläche rauhes, vesikuläres Athmen hörbar; Urin von normaler Menge und Beschaffenheit; Puls schwach; unbedeutendes Fieber, Darmfunktion ungestört. Nicht unwichtig ist es, zu wissen, dass der Knabe schon seit langer Zeit von den Eltern an unmässigen Genuss von Branntwein gewöhnt worden ist. — Wenn gleich der Knabe voller Schmutz, mit Taubenfedern und Unrath bedeckt, von uns gefunden worden, so sprachen doch die Form des Ausschlages, die Färbung, und insbesondere die Weiterverbreitung desselben auch nach Beseitigung der Unreinlichkeit dafür, dass derselbe seinen Ursprung einer Blutverderbniss verdanke. Auch dachten wir daran, Exanthem und Ascites von einer gemeinsamen Ursache abzuleiten, weil eine Leberkrankheit wegen Mangel anderer Symptome und überhaupt wegen der Seltenheit organischer Leberveränderungen im Kindesalter nicht als Ursache der Bauchwassersucht angenommen werden konnte; der Schmerz bei Berührung leitete uns auf eine schleichende Peritonitis, die gemäss der Konstitution des Knaben, und vielleicht auch in Folge des häufigen Branntweingenusses einer allgemeinen Säfteverderbniss entsprungen sei.

Die Grundindikation war hier, den gesunkenen Kräften zu Hülfe zu kommen, also Tonica anzuwenden. Wir gaben Ferrum

sulphuric. gr. V pro die, laue Bäder, gute Nahrung, und bedeckten die Exkoriationen mit Cerat. Innerhalb der ersten 14 Tage wechselte der Umfang der Bauchwassersucht fast täglich, das Allgemeinbefinden war leidlich, das Exanthem nahm nicht zu. Am 14. Dezember zeigten sich neue Ekthympusteln an der Linea alba, die alsbald platzten, und die wir mit Tanninsalbe behandelten. Am 21. Dezember entstand innerhalb 18 Stunden über dem ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichtes, ein Ausschlag folgenden Aussehens: In einer Entfernung von je 1''' stehen kleine, scharlachrothe, $^1/_2$''' hohe Papeln ohne Hof, den Masern ähnlich. Das Allgemeinbefinden dabei nicht merklich gestört; Abends unbedeutendes Fieber. Am 27. Dezember schuppte sich dieser letztere Ausschlag bereits ab; die Kutis an den Waden ist infiltrirt, derb anzufühlen, und unterhalb der weissen Kleie ganz scharlachroth; am Bauch und linken Oberschenkel neun grosse Ekthympusteln von unregelmässiger, zackiger Form; die alten machen keine Fortschritte in der Heilung. Diarrhoe; Puls schwach, frequent; Ascites unbedeutend (Emulsio Amygdal.). Allmählig stellt sich eine grosse Schmerzhaftigkeit der Haut am ganzen Körper ein, die Perkussion des Unterleibes ist sehr schmerzhaft; der Verfall nimmt zu; grosse Kraftlosigkeit, hektisches Fieber. Verordnet: Fomente aus Kamillen; innerlich schwefelsaures Chinin. Jetzt stellte sich Heiserkeit ein, die Tonsillen rötheten sich, und am 16. Januar 1854 erlag der Kranke, nachdem er äusserst abgezehrt war, den unaufhaltsamen Rezidiven der verbreiteten Haut- und Peritonäalkrankheit.

Leichenschau: In Hirn und Lungen keine Tuberkeln; Bronchialdrüsen infiltrirt; obere Lungenlappen anämisch, in den unteren Hypostase und Oedem; in der Pleurahöhle 8—10 Unzen Serum; in der kleinen Beckenhöhle Flüssigkeit. Das Peritonäum, sowohl das äussere als innere Blatt und das Netz mit hirsekorngrossen Tuberkeln übersät, die unter dem Mikroskope als vorwiegendes Element Kügelchen und in ihrer Umgebung Kerne von mannigfachen Formen und junges Bindegewebe zeigten. Leber mit Bauchwand und Zwerchfell stark verwachsen, im Längendurchmesser normal, der Dicke nach vergrössert; Hyperämie des Lebervenensystemes; Mesenterialdrüsen nicht infiltrirt; in der Milz viele Miliartuberkeln, die ihren Ausgangspunkt von den Malpighi'schen Bläschen nahmen. Nieren gesund.

Ohne Zweifel waren die Hautpusteln, welche so hartnäckige

Geschwüre zurückliessen, ebenfalls tuberkulösen Ursprunges; und eben wegen dieser weitverbreiteten in pustulöser, squamöser, hypertrophischer und papulöser Form auftretenden, fast über den ganzen Körper verbreiteten, nicht gar so häufig zu beobachtenden, Hauttuberkulose scheint uns dieser Fall mittheilenswerth. —

Syphilis zeigte sich 13 Mal, bald als Exanthem, bald als Ulcera oris, bald als Kondylome u. s. w. —

VI. Von chronischen Hautkrankheiten, deren wir 42 behandelten, trotzte uns am meisten ein bereits lange bestehendes Eczema capitis, was erst nach einer 50 Tage lang dauernden Anwendung der Tinct. Fowleri, täglich 3mal 4 Tropfen, geheilt ward. —

VII. Von den miasmatischen Krankheiten blieb — wenn man den Keuchhusten nicht dazu zählt — die Kinderwelt ziemlich verschont, indem wir den Typhus nur 5 Mal in ernster Form, etwas öfter als Typhoid und Febris gastrica, die von manchen Autoren als Miniatur-Typhen betrachtet werden — als aus einer und derselben Ursache, nämlich der miasmatischen, hervorgehend — zu Gesichte bekamen. Gegenwärtig haben sich die Wechselfieber an die Stelle der Typhen gesetzt; die allerkleinsten Kinder werden vom Wechselfieber befallen, was bei uns in München etwas sehr Ungewöhnliches ist.

VIII. Für das skrophulöse Hornhautgeschwür stellt sich eine mittlere Dauer von 18 Tagen heraus, ein Verhältniss, das gerade nicht ungünstig ist, und natürlich noch viel besser sich gestaltet für das ganz einfache Geschwür ohne Hypopion, Onyx u. s. w. In einem Falle, wo die Geschwürsbildung von der Descemet'schen Haut ausging und sich ein Hypopion bildete, griffen wir zu v. Walther's „grosser Kur", die bekanntlich darin besteht, dass man den einen Tag Blutegel, den anderen graue Salbe applizirt, und dieses bis zur Besserung wiederholt. Bei unserem Kranken reichte die dreimalige Anwendung von je 4 Blutegeln und Ungu. ciner. aus; die Iris verlor ihre Missfärbigkeit und träge Beweglichkeit; das Hypopion begann resorbirt zu werden, da seine Quelle, das Geschwür, versiegt war. Natürlich fehlte eine innere Behandlung keineswegs. Syndesmitis scrophulosa kam 15 Mal vor; Keratitis ulcerosa 13 Mal, Blepharitis serosa 5 Mal.

IX. Von den chirurgischen Fällen wollen wir nur ein Paar der wichtigeren hervorheben.

J. D., ein Knabe, 2½ Jahre alt, von gesundem Aussehen,

hat auf dem Rücken eine faustgrosse Geschwulst, vom letzten Brustwirbel bis zum 4. Lendenwirbel sich erstreckend, im Breitendurchmesser 4—4$^1/_2$''; sie ist kugelig, sitzt mit breiter Basis auf; die Haut an der Stelle der höchsten Wölbung geröthet; im ganzen Umfange der Geschwulst beträchtliche Venenentwickelung; sie fühlt sich weich, nicht höckerig an; an der gerötheten Stelle undeutliche Fluktuation. Die Geschwulst ist nicht verschiebbar. Weder objektive Untersuchung, noch die Anamnese geben deutliche und sichere Anhaltspunkte für eine feste Diagnose. Das Aussehen, die Unverschiebbarkeit, die starken Venenerweiterungen, die gleichmässige, elastische Beschaffenheit, die langsame und schmerzlose Entwickelung sprachen für Fungus; — das gute Aussehen des Kindes sprach dagegen; man dachte an Kongestionsabszess, welche Diagnose man aber nicht eruiren konnte, weil etliche Wirbel, die von der Geschwulst bedeckt waren, der Untersuchung sich entzogen; ein einfacher, entzündlicher Abszess, meinten wir, müsste mit viel mehr Schmerzen begleitet gewesen sein. Wir gaben uns Mühe, den Aufbruch der Geschwulst zurückzuhalten, jedoch in der 8. Nacht des Aufenthaltes im Spitale brach sie auf, und entleerte eine grosse Menge dicken, alten Eiters. Die Geschwulst fiel nun ganz zusammen; nur die Ränder waren wallartig erhaben, wie ein Osteophytenkranz. Mit dem Finger konnte man den ganzen Umfang der Abszesshöhle umgehen; es war aber nicht möglich, einen kranken Knochen zu entdecken. Wir dilatirten die Oeffnung, um dem Eiter freien Abfluss zu gewähren, kataplasmirten und reinigten das Geschwür; bei fernerer Erweiterung nach links sahen wir die ganze Abszesshöhle vor uns liegen und konnten keinen Ausgangspunkt von irgend einem Knochen entdecken. Doch wurde die Eiterung profus, die Kräfte nahmen ab, das Geschwür wollte nicht heilen; erst vor Kurzem liess die Eiterung nach, und das Geschwür schloss sich bis auf eine kleine Stelle. — Wir erwähnten den Fall der Diagnose wegen, denn geübte Aerzte glaubten, hier einen Krebs oder ein anderes Pseudoplasma vor sich zu haben. —

X. Spondylarthrocace und Coxarthrocace zeigten sich 3 Mal. Letztere 1 Mal mit einer kindskopfgrossen Geschwulst an der äusseren Seite des Oberschenkels, wo wir bereits dreimal durch Punktion den angesammelten, üblen Eiter entleerten. — Gonarthrocace 2 Mal; Karies an den Phalangen der Extremitäten kommt ziemlich oft zur Beobachtung. Seltener ist

Nekrose, insbesondere aus einer traumatischen Ursache, wie in nachstehendem Falle.

M. J., ein ganz gesunder Bauernknabe von 12 Jahren, fiel vor $1^1/_4$ Jahr von einem Baume, worauf eine Geschwulst am linken Unterschenkel entstand, die geöffnet wurde; es brachen von selbst noch 2 Löcher ein, durch die man mit der Sonde in die Markhöhle der Tibia gelangte. Am 8. Febr. kam er in's Spital; am 20. März fühlte man den Sequester beweglich, und etliche Wochen darauf wurde durch Resektion das abgestorbene Knochenstück entfernt. Die Vorderwand der Tibia fand sich bei der Operation, welche mit Hammer und Meisel ausgeführt wurde, um das Drei- bis Vierfache verdickt; der Sequester hatte nach oben einen Fortsatz, der die Extraktion erst nach Wegnahme eines grossen Theiles der vorderen Wand der Tibia ermöglichte. Der Knabe geht rasch der Heilung entgegen.

XI. Eine membranöse Verschliessung des Scheideneinganges eines einjährigen Mädchens hoben wir mittelst Durchschneidung derselben; eine Ranula heilten wir durch Jodsalbe.

Bericht über die Kinderklinik des Professors Tourdes in Strassburg vom 1. Januar bis 1. August 1853, abgestattet von Dr. Ledru, Assistenten der Klinik.

Durch ihre grosse Mannigfaltigkeit, ihre oft sehr schwierige Diagnose und ihre merklichen Verschiedenheiten von den Krankheiten Erwachsener verdienen die Kinderkrankheiten ein ganz besonderes, eindringliches Studium, und es ist daher jeder Beitrag zu demselben von grossem Interesse. Ich säume nicht, die folgenden Thatsachen, welche sich auf die in Strassburg bestehende Kinderklinik des Professors Tourdes beziehen, bekannt zu machen, so gering auch an sich die Ergebnisse erscheinen mögen.

In den oben genannten 7 Monaten sind uns 329 Kinder zur Behandlung gekommen, und zwar 138 in dem Saale Nr. 67 und 191 in dem Saale Nr. 68, welche vorzugsweise für Hautkranke bestimmt sind. Von diesen Kindern sind 30 gestorben und zwar 10 durch die Komplikation der Masern. — Viele Kinder haben zu gleicher Zeit oder nacheinander mehrere Krankheiten gehabt, die

ich jedoch einzeln aufführe, so dass die folgende Uebersicht nicht die Zahl der Kranken, sondern die Zahl der Krankheiten wiedergibt.

Diejenigen uns vorgekommenen Krankheiten, welche das meiste Interesse erregen, waren: Pneumonie, Noma, Peritonitis mit Darmdurchbohrung, essentielle Paralyse, epidemische Augenentzündung und Masern. Ich werde jedoch in meinem Berichte systematisch verfahren und nur diejenigen Fälle spezieller angeben, welche mir der Beachtung ganz besonders werth erscheinen.

1) Krankheiten des Athmungsapparates.

Im Ganzen 38 Fälle und zwar 17 Knaben und 21 Mädchen, nämlich an akuter Bronchitis 1 Mädchen; an chronischer Bronchitis 1 Knabe, 3 Mädchen; an Pneumonie 6 Kn., 6. M.; an Lungentuberkeln 7 Kn., 7 M. und an Keuchhusten 3 Kn., 4 M.

a) Bronchitis. Sie hat sich am meisten als Komplikation der Masern gezeigt; den Bericht über diese behalte ich mir noch vor. Nur ein Fall von Bronchitis capillaris, welcher zu einer schon vorhandenen chronischen und tuberkulösen Bronchitis sich hinzu gesellt hatte, verdient besondere Erwähnung.

K. M., 15 Monate alt, am 27. Mai in die Klinik gebracht, zeigte alle Erscheinungen der Skrophulosis: welkes Fleisch, blasse Hautfarbe, gequollene Lippen, Vereiterung der Halsdrüsen, Fehlen der Zähne, aufgetriebenen Bauch und dabei einen seit mehreren Monaten bestehenden Husten. Wenige Tage vor der Aufnahme wurde der Husten sehr heftig und es trat Fieber hinzu. Die Untersuchung ergibt: Die Haut heiss und sehr trocken; Puls sehr klein und häufig; Athmung 50 bis 60; subkrepitirendes Rasseln fast überall in den Lungen; am Gipfel der rechten Lunge ein matter Perkussionston (Verordnet: Ipekakuanha-Syrup 2 Theelöffel voll mehrere Tage hintereinander). Es folgt nach jeder Dosis Erbrechen; das Fieber lässt nach, das Rasseln wird grösser und feuchter (Verordnet: Leberthran, aromatische Bäder, Bewegung, nährende Diät). Nach Verlauf eines Monates deutliche Besserung des Allgemeinbefindens, aber der Husten verbleibt, so wie noch etwas zerstreutes Schleimrasseln, ebenso der matte Perkussionston am Gipfel der rechten Lunge, wo das Rasseln am reichlichsten ist.

Die 4 anderen Fälle, die als chronische Bronchitis bezeichnet sind, scheinen auf Tuberkulose zu beruhen. Wenigstens

deutet das elende und meist deutlich skrophulöse Aussehen der kleinen Kranken und der andauernde Husten darauf hin, und das häufige Vorkommen von Phthisis in der Klasse von Kindern, die unsere Säle bevölkert, sind Argumente genug, um selbst bei fehlenden positiven Zeichen eine vorhandene Tuberkulose der Lungen zu argwöhnen. Oft gelingt es noch in diesem Alter, durch eine Modifikation des allgemeinen Zustandes den fortschreitenden Gang der Tuberkeln aufzuhalten, so dass diese Jahre lang stationär bleiben, oder gar sich verkreiden und dann die Gesundheit nicht weiter beeinträchtigen. Wir sind freilich nicht so glücklich gewesen, solche Resultate zu erreichen, da die Kinder schon nach kurzer Zeit unser Hospital verliessen und in die früheren, ungünstigen häuslichen Verhältnisse zurückkehrten.

b) Pneumonie. Wir übergehen diejenigen Pneumonieen, die als Komplikation der Masern vorgekommen sind; ebenso 2 Fälle, die mit Noma verbunden waren und die wir später erwähnen werden. Einfache Pneumonie ist uns 5 Mal vorgekommen, und nur ein einziges Kind geheilt worden. S. Z., ein Knabe, 12 Jahre alt, kam am 18. Juli in's Hospital mit allen Symptomen einer Indigestion; er hatte nämlich Kopfschmerz, Erbrechen, lebhaften Durst, Unlust zum Essen, Durchfall, Empfindlichkeit des Bauches und heisse Haut. Diese Symptome waren nach einer sehr reichlichen Mahlzeit eingetreten. Erst am 22. manifestirt sich eine Pneumonie; die rechte Lunge ist ergriffen; matter Perkussionston rechts und hinten, subkrepitirendes Rasseln daselbst, Blasen am rechten Winkel des Schulterblattes; etwas blutiger Auswurf; ziemlich heftiges Fieber (Verordnet: 6 Blutegel und innerlich eine schwache Auflösung von Brechweinstein). Am 23. 10 blutige Schröpfköpfe und am 24. ein Blasenpflaster bei Fortgebrauch der Brechweinsteinlösung. Am 26. endlich lässt das Fieber nach, das Rasseln wird grösser, feuchter, aber der matte Perkussionston, das Blasen und die Resonanz der Stimme verbleiben. Statt der Brechweinsteinlösung wird eine passende Salmiaklösung verordnet. Am 28. ist das Blasen beschränkter, die Resonanz der Stimme viel geringer und das Rasseln noch grösser und feuchter. Am 29. zeigt der Knabe wieder Appetit und nun verlieren sich schnell alle üblen Symptome. Statt der Salmiaklösung erhält er Kermes und am 30. ist er geheilt und hat nur ein geringes Schleimrasseln.

Interessant ist in diesem Falle die Toleranz für den Brechweinstein gleich vom ersten Tage der Krankheit an, obwohl ganz

kurz vorher Erbrechen stattgefunden hat. Der Salmiak passt erst dann, wenn wirkliches loses Schleimrasseln sich bereits eingestellt hat. Von den 4 Kranken, die wir an Pneumonie verloren haben, kam der eine am 26. Februar Abends in einem sehr üblen Zustande ins Hospital und starb schon am folgenden Morgen. Ein anderer Knabe, 15 Monate alt, wurde am 15. Februar in einem höchst elenden Zustande und in überaus grosser Schwäche zu uns gebracht; er hatte eine Pneumonia duplex, die sich durch subkrepitirendes Rasseln an der Basis beider Lungen und ein sehr heftiges Fieber charakterisirte. Die grosse Schwäche, die leider bei den aus den unteren Klassen in die Hospitäler gebrachten Kindern meist auf eine sehr verderbliche Weise die Entzündungen geleitet, war auch hier der Grund, dass kräftig antiphlogistisch nicht verfahren werden konnte; es blieb nichts übrig, als die Ipekakuanha zu gebrauchen; aber auch diese musste nach 2 Tagen wegen der grossen Schwäche des Pulses ausgesetzt werden; das Kind starb am 25. Februar unter Krämpfen. — Der dritte Todesfall betraf ein 1 Jahr altes Mädchen, welches mit einer durch Keuchhusten komplizirten Pneumonia duplex das Hospital betrat und am 11. unter Krämpfen starb, nachdem Ipekakuanha-Syrup und Hautreize angewendet worden waren. Auch hier war die überaus grosse Schwäche eine Gegenanzeige gegen ein energisches Verfahren, wie es die Affektion der Lungen wohl bedurft hätte. — Der vierte Todesfall endlich betraf einen 11 Jahre alten Knaben, welcher seit längerer Zeit wegen vollständiger Paraplegie in unserem Hospitale sich befand. Am 9. Juli bekam er eine Entzündung der linken Lunge, sich kund gebend durch Seitenstich, Oppression, subkrepitirendes Rasseln, gedämpften Perkussionston, Widerhall der Stimme und lebhaftes Fieber. Der Knabe bekam 12 blutige Schröpfköpfe und Brechweinsteinlösung, aber der Zustand verschlimmert sich schnell; am 11. wird ein Blasenpflaster gelegt, dennoch ergreift, ohne wahrnehmbaren Anlass, die Entzündung auch die rechte Lunge und der Tod erfolgt am 15. Wie bereits angedeutet, erklärt sich diese anscheinend grosse Mortalität der an Pneumonie leidenden Kinder durch den höchst erbärmlichen Zustand, in dem sie in das Hospital gebracht werden. Die Lebensenergie der Kinder ist dann so gering, dass fast nichts gethan werden kann, und man sie vor sich, im wahren Sinne des Wortes, erlöschen sieht. Während die Lungen ein antiphlogistisches oder wenigstens zertheilendes und ableitendes

Verfahren erfordern, können ernährende oder stärkende Mittel nicht angewendet werden, selbst schon darum nicht, weil zugleich die Verdauung gestört ist. Professor Tourdes macht auf 2 Punkte bei der Pneumonie der Kinder aufmerksam, einmal auf die Konvulsionen, welche diese Krankheit begleiten und die unter Umständen einen Irrthum der Diagnose veranlassen, d. h. die Pneumonie maskiren können. Dann aber auf die Seltenheit der Suppuration bei dieser Krankheit, und in der That haben wir sowohl bei der Pneumonia simplex, als bei der die Masern und die Noma komplizirenden Pneumonie in den Kinderleichen wohl rothe Hepatisationen der Lungen, ja sogar eine suppurirende Bronchitis, aber niemals graue Hepatisation gesehen, selbst wenn die Krankheit über 14 Tage gedauert hat. Während des Lebens unterscheidet sich die Pneumonie der Kinder von der der Erwachsenen durch die Art des Rasselns, welches niemals die Feinheit und Trockenheit des eigentlichen krepitirenden Rasselns darbietet, sondern mehr Analogie mit dem Rasseln bei der Kapillarbronchitis hat.

c) Lungentuberkulose. Mehrmals ist sie in Verbindung mit Masern vorgekommen, worüber ein anderes Mal gesprochen werden wird. Nach den Andeutungen, die ich bei der chronischen Bronchitis bereits von der Tuberkulose gegeben habe, habe ich nur noch wenig zu bemerken. Die Diagnose einer beginnenden Lungentuberkulose ist bei Kindern noch schwieriger als bei Erwachsenen, weil bei jenen der Auswurf ganz fehlt und gewöhnlich auch das Blutspeien, wenn die Hämoptoë nicht sehr bedeutend ist; die Perkussion sowohl, als die Auskultation ergibt auch nichts Sicheres für die Diagnose. In den Leichen der Kinder haben wir, sobald das Lungengewebe Tuberkelablagerung enthielt, dergleichen auch immer in den Bronchialdrüsen gefunden; ja mehrmals waren die Lungen selbst noch ganz frei, und es fand sich schon Tuberkelablagerung in den Bronchialdrüsen. So weit unsere Erfahrung reicht, hat sich bei Kindern die Lungenschwindsucht fast immer in akuter Weise gezeigt, und wir fanden dann auch in der That eine partielle Entzündung des Lungenparenchyms um die Tuberkelgranulationen und ziemlich oft auch Kavernen, aber immer sehr kleine.

An diese Lungentuberkulose schliesse ich gleich die Fälle von allgemeiner Tuberkulose an; 3 Mal fanden wir nämlich die Milz so sehr mit Tuberkeln besetzt, dass sie auf der Durchschnittsfläche wie ein grobkörniger, gelbbrauner Granit erschien, 2 Mal

fanden wir Tuberkelgranulationen unter der serösen Haut des Darmes; 1 Mal im Innern der Leber; ferner fanden wir sie in den Gekrösdrüsen, dem Bauchfelle und 1 Mal sogar in den Pleuren.

d) Keuchhusten. Wenig bedeutungsvoll an sich wurde er es aber durch die Komplikationen, von denen ich zuerst die Pneumonie nenne, die uns 2 Kinder genommen hat; bei einem dieser Kinder trat noch ausserdem in den letzten Tagen Mundbrand hinzu, der den üblen Ausgang noch beschleunigte. Bei einem 3. Kinde folgte akute Lungenphthise auf den Keuchhusten und bewirkte den Tod. Im einfachen Keuchhusten war die abwartende Methode diejenige, die wir befolgten und in den meisten Fällen genügte sie in Verbindung mit einer kräftigenden, nicht reizenden Diät vollkommen. Ein einziges Mal haben wir das Atropin angewendet, aber mit so zweifelhaftem Erfolge, dass wir hieraus keinen Schluss ziehen können. Nur in 4 Fällen von Keuchhusten nöthigten die Komplikationen zu einer eingreifenden Behandlung.

2) Krankheiten des Verdauungs-Apparates.

Daran behandelt wurden im Ganzen 19 Kinder und zwar 8 Knaben und 11 Mädchen, nämlich an Entzündung in Folge von Dentition 1 Knabe; an Stomatitis aphthosa 1 Knabe, 3 Mädchen; an Stomatitis gangraenosa 3 Knaben, 2 Mädchen; an Diarrhoe 1 Knabe, 5 Mädchen; an Dysenterie 1 Knabe; an Mastdarmvorfall 1 Mädchen und an Peritonitis 1 Knabe.

a) Stomatitis. Auffallend war uns die verhältnissmässige Häufigkeit der Stomatitis während des vergangenen Semesters, besonders der Stomatitis gangraenosa, welche gewöhnlich selten vorkommt; nur der vorhandenen Masernepidemie ist diese Häufigkeit zuzumessen gewesen. Der Mundbrand oder die Noma ist in der That die Folge einer grossen Abschwächung und zeigt sich besonders bei solchen Kindern, die durch eine vorangegangene Krankheit sehr herabgebracht worden sind; aber ganz abgesehen von der grossen Schwäche, welche nach den Masern so oft zurückbleibt, kann man nicht verkennen, dass diese letztgenannte Krankheit auch eine wirkliche Disposition zum Brande begründet, welcher sich dann vorzugsweise im Munde zeigt, weil die Mundschleimhaut durch die Eruption schon alterirt ist; allein bisweilen zeigt sich der Brand auch an anderen Stellen des Körpers, wie wir in einigen Fällen gesehen haben. — Was die Stomatitis ulcerosa oder aphthosa betrifft, so ist sie in 3 Fällen die Folge

eines durch Elend und Schmutz bewirkten kachektischen Zustandes gewesen. Es bilden sich kleine Ulzerationen auf der Schleimhaut und diese Ulzerationen bedecken sich mit einer grauen, filzigen Masse; solche Ulzerationen sahen wir auf der innern Fläche der Wangen und an anderen Stellen des Mundes. Wir wendeten dagegen mit Erfolg einen starken Pinselsaft aus 1 bis 2 Theilen reiner Salzsäure und 10 Theilen Rosenhonig an. Dabei war aber immer die Erhebung der Konstiution durch kräftigende Mittel unerlässlich. In einem Falle richtete die Salzsäure nichts aus, und wir versuchten nun ein Bepudern der Stelle mit Chlorkalk, der aber eben so wenig nützte als Borax und erst nach zweimonatlicher Anwendung von Leberthran, antiskorbutischem Syrup und aromatischen Bädern wurde die Heilung bewirkt, nachdem mehrmals die Salzsäure wieder örtlich benutzt worden war.

Der folgende Fall zeigt den Uebergang der geschwürigen Stomatitis in wirkliche Noma. B. C., 12 Jahre alt, betritt am 15. Mai das Hospital; er hat ein lymphatisches Temperament, eine elende Konstitution, aber kein Fieber. Auf der rechten Seite der Unterlippe eine mit einem graulichen Ueberzuge bedeckte Stelle von der Grösse eines Frankenstückes. Die örtliche Anwendung der Salzsäure und innerlich Tonica scheinen nach 14 Tagen ungefähr eine Besserung bewirkt zu haben; wenigstens zeigt sich etwas Reaktion; das Geschwür reinigt sich und fängt an zuzuheilen. Am 1. Juni aber bleibt, ohne bekannte Ursache, die Vernarbung plötzlich stehen; die Ränder werden welk, das Geschwür vergrössert sich und bedeckt sich wieder mit einer graulichen, filzigen Haut. Die bisherigen Mittel werden fleissig angewendet, helfen aber nichts, sondern das Geschwür wird von Tage zu Tage grösser, und am 30. ist die Unterlippe sehr geschwollen und die ganze innere Fläche mit einem brandigen, stinkenden Filze bedeckt, welcher sich auch auf das Zahnfleisch und bis zum Mundwinkel erstreckt. Stinkende Jauche fliesst aus dem Munde und der Knabe zeigt grosse Schwäche (die Stelle wird mit einem Glüheisen kräftig gebrannt und angeordnet wird ferner ein Bepudern mit Chlorkalk, ein Mundwasser mit Salzsäure und innerlich Kali chloricum zu $1^1/_2$ Gramm. = 24 Gran täglich.) Aller dieser Mittel ungeachtet und obwohl das Glüheisen 4 Mal angewendet worden war, geht der Brand immer weiter; die ganze Unterlippe wird zerstört, ebenso das Zahnfleisch und der Kieferknochen wird oberflächlich nekrotisirt. Es gelingt durchaus nicht, irgend eine Reaktion her-

beizuführen, der Brand ergreift auch die Oberlippe und der Knabe stirbt im höchsten Grade des Marasmus am 7. Juli. Der Brandschorf hat sich bis auf beide Wangen erstreckt, besonders auf die rechte, und in Folge der Nekrose der Zahnsockel fallen alle Zähne aus, sobald man sie berührt, alle nächstgelegenen Gefässe sind obliterirt; die Nerven sind jedoch unverändert, mit Ausnahme der Brandstelle, wo sie auch zerstört sind. An der Basis beider Lungen findet sich eine rothe Hepatisation.

Diese Pneumonie ist vielleicht eine Folge der Noma und in allen Fällen bestätigt sie die Bemerkung, dass die Noma fast immer mit Pneumonie begleitet ist. Wir haben in der That diese Komplikationen jedes Mal bei der brandigen Stomatitis gefunden, und ich mache in dieser Beziehung auf die sehr hübsche Inaugural-Dissertation von J. Tourdes über die Noma aufmerksam. Bei einem 2 Jahre alten Knaben trat zum Keuchhusten eine Pneumonia duplex hinzu und mit ihr eine Noma, welche in 3 Tagen den Tod herbeiführte; in diesem Falle war der Puls bis auf 160 in einer Minute gestiegen.

Der Masernepidemie gehören die 4 letzteren Fälle von Mundbrand an, über die ich noch Einiges zu sagen habe. In keinem dieser Fälle war die Anwendung des Glüheisens indizirt; der hohe Grad von Schwäche, in welcher sich nach überstandenen Masern die Kinder befinden und die durch Hinzutreten der Pneumonie und des Mundbrandes noch gesteigert wird, weist jede Hoffnung auf eine zu erzielende Reaktion zurück. In 2 Fällen hatten die nicht grossen Brandschorfe sich bis auf das submuköse Zellgewebe erstreckt. In einem 3. Falle begann der Brand auf der äusseren Haut und drang tief ein bis zur Schleimhaut, welche jedoch im Augenblicke des Todes kaum eine Veränderung zeigte, aber das Kind hatte einen anderen Brandschorf auf der Schleimhaut des Gaumengewölbes. Im 4. Falle endlich hatte der Brand das ganze Innere des Mundes ergriffen; das Gaumensegel, die Mandeln, der obere Theil des Schlundes, die Basis der Zunge, die hintere Partie der linken Wange waren in Brei und Trümmer aufgelöst; der hintere Rand der Gaumenknochen und der linke Winkel des Unterkiefers waren nekrotisch. Dagegen war der vordere Theil des Mundes vollkommen gesund, und man hätte bei der Schwierigkeit, die Mundhöhle eines so kleinen Kindes genau zu untersuchen, diese bedeutende Zerstörung übersehen, wenn nicht der Gestank und der Ausfluss von Jauche aus Nase und Mund geradezu darauf

geführt hätte. Der üble Geruch aus dem Munde, der bei der Noma niemals fehlt, ist oft das erste wahrnehmbare Symptom und muss daher sehr ernstlich beachtet werden.

b) Durchfall. In 2 Fällen wich die einfache Diarrhoe im Verlaufe von 10 Tagen sehr leicht dem Rhabarber-Syrup, den wir Kindern von 1 bis 2 Jahren zu 1 Theelöffel voll geben. In anderen Fällen bedurften wir zur Heilung eines tonischen Verfahrens in Verbindung mit aromatischen Bädern und antiskorbutischem Syrup.

c) Dysenterie. Ein einziger Fall ist uns vorgekommen, und eine einfache Behandlung hat genügt. M. T., 8 Jahre alt, eben dem Gefängnisse entlassen, litt seit 3 Wochen am blutigen Durchfall bei sehr auffallender Abmagerung. Beim Eintritte in das Hospital zeigte er folgende Symptome: Die Haut heiss; der Puls klein, häufig und gedrückt; die Zunge an den Rändern roth und in der Mitte mit aufgelockerten Papillen; der Bauch etwas aufgetrieben und sehr empfindlich beim Drucke; 8 bis 10 sehr blutige, dünne Darmausleerungen in 24 Stunden; Tenesmus (verordnet: Manna in Auflösung und zum Getränk Reiswasser). Am nächsten Tage ist der Bauch weich, weniger schmerzhaft, die Darmausleerungen sind seltener und weniger blutig (verordnet: Stärkemehlklystire, Reiswasser, und einen Tag um den anderen ein Gallertbad). Am 6. Tage seines Aufenthaltes im Hospitale ist der Knabe bedeutend gebessert, die Ausleerungen sind noch flüssig und ohne Blutspur und 5 Tage später entleert der Knabe nur konsistente Massen und ist geheilt. Es scheint überhaupt, dass bei Ruhren kleiner Kinder ein einfaches, mildes, gewissermassen einhüllendes Verfahren vollkommen ausreicht, die Heilung zu bewirken.

d) Peritonitis. Der folgende Fall verdient denjenigen angereihet zu werden, die ich mit meinem Freunde Dr. Aron in meinem früher veröffentlichten Berichte über Forget's Klinik vom Sommer 1853 mitgetheilt habe. Von 4 Fällen von Peritonitis, die ich theils in der Klinik von Forget, theils in der von Tourdes beobachtet habe, beruhten 3 auf Durchbohrung des Wurmfortsatzes und alle 3 kamen bei jungen Leuten vor, von denen der älteste noch nicht 16 Jahre alt war. Es wäre doch interessant, zu ermitteln, ob die Perforation des Processus vermiformis bei jugendlichen Subjekten häufiger ist, als bei erwachsenen. Nach meiner, wenn auch nur geringen Anzahl, scheint dies allerdings der Fall zu sein.

8. J. C., 9 Jahre alt, seit 4 Tagen krank, kommt am 7. Juni in's Hospital. Bis dahin waren die Erscheinungen folgende: Kopfschmerz, Hitze, Appetitlosigkeit und Schwindel am 3. Juni; Bauchschmerz ohne Durchfall, darauf Erbrechen grünlicher Massen am 4. Juni. Diese Erscheinungen verschlimmern sich bis zum 7. Juni. Am 8.: Delirium in der vorangegangenen Nacht; das Angesicht mit dem Ausdrucke des Schmerzes und tiefen Leidens; Zunge zugespitzt, mit rothen Rändern; Durst lebhaft; wiederholtes Erbrechen grünlicher Stoffe. Bauch trommelartig, sehr schmerzhaft, besonders rechts; Puls 130, lebhaft, hart, wenig entwickelt (verordnet: 17 Blutegel auf den Bauch, Klystir aus Mohnköpfen und Althee, Kalomel). Am Tage darauf haben die Erscheinungen noch nicht nachgelassen (von Neuem Blutegel, Kalomel, Merkurialeinreibung auf den Bauch). Diese Behandlung wird am 10. Juni fortgesetzt, mit Abrechnung der Blutegel). Trotz dieser energischen Behandlung verschlechtert sich der Zustand immer mehr und der Knabe stirbt am 11. des Morgens. Die Leichenschau ergibt: Eitererguss im Bauchfelle, Verklebung der Gedärme durch falsche Membranen, die besonders in der Fossa iliaca dextra dick sind; hier findet man den Wurmfortsatz doppelt so gross, als gewöhnlich, bläulich roth, mit verdickten Wänden und in der Mitte seiner Länge von einem Groschen grossen Loche durchbohrt. Kohlstoffe weder im Dünndarm, noch in der Bauchfellhöhle. Einige Peyer'sche Drüsengruppen sind verdickt.

Ist in diesem Falle das Loch durch Ulzeration entstanden, wie sie wohl bisweilen im Typhus sich bildet? Die Veränderung einiger Peyer'schen Drüsengruppen kann darauf hindeuten, indessen bestätigt der ganze Verlauf der Krankheit diese Vermuthung durchaus nicht. Es waren keine Symptome eines typhösen Fiebers vorhanden, und die sehr geringe und sparsame Anschwellung der Peyer'schen Drüsen beweist gar nichts und es muss deshalb eine durch eine unbekannte lokale Ursache hervorgerufene brandige Durchlöcherung des Wurmfortsatzes angenommen werden.

3) Krankheiten der Harnabsonderungsorgane.

Im Ganzen kamen 5 Fälle vor, nämlich 2 Kn. mit Eiweissharnen und 3 mit kachektischer Hautwassersucht. Eine konsekutive Erkrankung der Nieren nach Masern bei einem 8 Jahre alten Kinde wurde erst in der Leiche erkannt, da während des Lebens kein einziges Symptom auf die Nieren die Aufmerksamkeit

hingerichtet hatte, welche vorzugsweise durch eine sehr bedenkliche Pneumonie in Anspruch genommen war. Die äussere Fläche der beiden Nieren war sehr bleich, mit bläulichen ekchymotischen Flecken, die in das Innere der Kortikalsubstanz eindrangen. Letztere war in der rechten Niere ganz blass, in der linken röthlich gestreift. Die Blase enthielt noch etwas Urin, der noch einen reichlichen Eiweissniederschlag gab. Derselbe Zustand fand sich noch bei einem anderen Kinde unter ähnlichen Verhältnissen.

4) Krankheiten des Drüsen- und Lymphapparates.

An chronischen Anschwellungen der Halsdrüsen leidend, kamen 6 Kn. und 6 M. vor. Die Anschwellungen waren skrophulöser Natur, und erforderten alle eine allgemeine Behandlung, die in Leberthran allein oder in Verbindung mit Syrupus antiscorbuticus *) bestand. Die Eröffnung der in Eiterung übergegangenen Drüsen geschah mittelst der Wiener Paste, welche dem Messer vorgezogen wurde, da der Schnitt und der Stich sehr häufig dünne, aufgeworfene Ränder zurückliess, die dann die Heilung sehr erschwerten; die Wiener Paste dagegen erregte eine lebhafte, sehr gute Entzündung, die nicht lange auf Vernarbung warten liess.

5) Krankheiten des Cerebro-Spinalsystems.

Es litten daran 6 Kinder, nämlich an Konvulsionen 1 Kn. und 3 M.; an Paraplegie 1 Kn. und an Hemiplegie 1 Kn.

a) Konvulsionen. Ich habe schon bei der Pneumonie mehrere Fälle angeführt, bei denen im letzten Stadium Konvulsionen sich einstellten, die ich als sympathische Erscheinungen hier nicht weiter erörtere. Der folgende Fall aber, wo die Konvulsionen von einem Gehirntuberkel herkamen, verdient besonders angeführt zu werden. G. M., 2 Jahre alt, seit mehreren Monaten kränkelnd, wird am 23. Mai um 3 Uhr Nachmittags, als ihn seine Mutter in's Hospital bringt, von heftigen Konvulsionen der linken Seite befallen. Dabei wird das linke Auge stark nach oben und aussen

*) Der antiskorbutische Syrup der französischen Pharmakopoe besteht aus Meerrettig und grünen Pomeranzen, welche mit Zimmt, in starkem Wein mazerirt und dann mit Zucker zu einem Syrup gestaltet werden. Dieser Syrup ist stärkend und etwas reizend für den Magen und dient zur Beförderung der Verdauung.

gestiegen; Arm und Bein der linken Seite gerathen in heftige Zuckungen, die nur von kleinen Pausen unterbrochen werden; die rechte Seite bleibt ganz unbewegt (verordnet: Kalte Uebergiessungen, Senfteige, innerlich Hoffmannstropfen). In der Nacht verfällt der Knabe neben den Zuckungen in heftiges, angstvolles Aufkreischen, worauf bald der Tod erfolgt. Im vorderen Lappen der rechten Gehirnhemisphäre findet sich eine Tuberkelmasse von der Grösse einer Wallnuss mit Zerstörung der Dura mater und Adhäsionen an das Schädelgewölbe; Tuberkeln in der rechten Lunge; eine Eiteransammlung in der rechten Kniekehle, zusammenhängend mit der Epiphyse des Femur, in dessen Inneren eine Tuberkelinfiltration vorhanden ist. Eine ähnliche Infiltration findet sich am unteren Theile der Diaphyse.

Idiopathische Konvulsionen kamen bei einem zweijährigen blödsinnigen Mädchen vor, welches sich fast im Marasmus befand, und wo die Leichenschau durchaus nichts Materielles im Gehirn nachwies, aus dem die Konvulsionen entsprungen sein konnten. Nur waren die Backenzähne im Durchbrechen und das Zahnfleisch sehr gespannt und geschwollen, und vermuthlich sind die Konvulsionen dadurch veranlasst worden.

b) Paralyse. Ein 11 Jahre altes Kind kam mit einer Paraplegie zu uns, die ich gern eine idiopathische nennen möchte, da in der Leiche auch nicht die geringste Veränderung des Gehirnes oder Rückenmarkes zu entdecken war. Als das Kind am 9. Oktober 1851 in das Hospital kam, waren bereits die Beine vollständig gelähmt, aber kein anderer Theil des Körpers. Es konnte kein Anlass zu dieser Krankheit entdeckt werden, sie begann allmählig, bis eine Atrophie der gelähmten Glieder sich bemerklich machte; der Tod erfolgte endlich durch eine zufällig hinzugetretene Pneumonia duplex. Bei der Leichenuntersuchung fand man alle Muskeln der Beine vollkommen in Fettmasse umgewandelt, so dass in vielen keine Spur einer Muskelfaser mehr zu sehen war; im Gehirne und Rückenmarke, selbst mit bewaffnetem Auge, nichts Abnormes zu finden.

Ein anderes Beispiel von idiopathischer Paralyse gewährte uns ein 4 Jahre alter Knabe; die Lähmung betraf die ganze linke Körperhälfte, mit Ausnahme des Antlitzes, wo sich keine Spur von Paralyse zeigte. Dieser Umstand, sowie die völlige Integrität der Geisteskräfte und aller übrigen Funktionen brachte Herrn Tourdes auf die Diagnose einer durch Muskelatrophie veran-

lassten idiopathischen Hemiplegie. Der Knabe ist nicht gestorben, sondern durch Anwendung der Elektrizität auf die gelähmten Muskeln und durch wohlbedachte gymnastische Uebungen wurde seine vollständige Heilung bewirkt. Es konnte also die erwähnte Diagnose nicht näher nachgewiesen werden.

6) Krankheiten des lokomotorischen Apparates.

Daran leidend kamen 29 Kinder vor und zwar 15 Kn. und 14 M.; nämlich: an Rhachitis 5 Kn. 5 M.; an Spina ventosa 1 Kn. 1 M.; an Karies des Oberkiefers 1 M.; an Karies der Handknochen 1 Kn.; an Karies der Fussknochen 1 Kn. 1 M.; an Karies der Armknochen 2 Kn. 1 M.; am Pott'schen Uebel 2 Kn. 3 M.; an Koxalgie 1 Kn. 1 M.; an Lumbararthritis 1 M.; an Gelenkwassersucht 1 Kn. und an weisser Kniegeschwulst 1 Kn.

a) Rhachitis. Die Anschwellung der Gelenkenden, die mehr oder minder deutliche Krümmung der Tibien, das Zurückbleiben der Zähne und des Gehenlernens, und das Alter bis zum 3. Jahre, bis zu welchem die Krankheit vorzugsweise sich entwickelt, sind die konstanten Zeichen, welche die Diagnose in den 10 Fällen bestimmt haben. Von den 10 Fällen verliefen 5 tödtlich und zwar 3 durch Pneumonie, 1 durch Marasmus und 1 durch akute Lungenphthisis. Dieser letztere Fall ist der einzige, in welchem sich Tuberkeln befanden. Von den übrigen, am Leben gebliebenen, 5 Kranken hatte einer eine Bronchitis gehabt, die auch auf eine Lungentuberkulose hindeuten konnte.

Jedenfalls ist die in neuerer Zeit behauptete, gegenseitige Ausschliessung zwischen Rhachitis und Tuberkulose keineswegs eine absolute. Sowohl in diesen Fällen, als in den Fällen von Spina ventosa und Karies blieb der Leberthran das Hauptmittel; nebenbei wurden auch noch andere Mittel versucht, als: Goldpräparate, phosphorsaurer Kalk, Bewegung, Diät u. s. w., wodurch allerdings bedeutende Besserung herbeigeführt wurde. Namentlich zeigten sich Diät und gymnastische Uebungen bei einer nach Karies zurückgebliebenen falschen Ankylose des linken Ellenbogengelenkes sich sehr wirksam.

b) Pott'sches Uebel. Diese Krankheit, bestehend in tuberkulöser Karies der Wirbelkörper, hat sich uns 5 Mal gezeigt. Bemerkenswerth ist die fast vollständige Abwesenheit aller Symptome vor der Krümmung der Wirbelsäule. So weit die Auskunft, die man erlangen konnte, reichte, war die Winkelkrümmung, die

in Folge einer heftigen Bewegung durch Sprung, Fall, Sturz u. s. w. hervorgerufen wurde, das erste von den Eltern wahrgenommene Symptom. In einem Falle jedoch soll ein Sturz des Kindes zuerst Schmerzen im Rücken und erschwertes Gehen zur Folge gehabt haben, ohne dass irgend eine Krümmung der Wirbelsäule zu bemerken gewesen; eine solche war erst später und allmählig eingetreten. Als der Knabe in's Hospital kam, war die Paraplegie vollständig. Die Anwendung von 2 Glüheisen und ein antiskrophulöses Heilverfahren verschafften dem Knaben den Gebrauch seiner Beine wieder, woraus sich zu ergeben scheint, dass die Paraplegie in der That, wie Einige gemeint haben, oft auf einer entzündlichen Anschwellung der das Rückenmark umgebenden Theile beruhe. Die Glüheisen oder Moxen müssen demnach durch Ableitung wohlthätig einwirken können. Am 15. März wurde der Knabe etwas gebessert entlassen, kam aber sehr bald wieder und starb nun im Hospitale an einer sehr ausgebildeten Lungenphthise; während dieser Krankheit bekam der Knabe 2 Kongestionsabszesse in beiden Leistenbeugen.

Bei einem kleinen, 10 Jahre alten Mädchen, das sich noch im Hospitale befindet, scheint das Knochenleiden, welches die letzten Rücken- und ersten Lendenwirbel betraf, ausgetobt zu haben; es haben sich 2 Krümmungen der Wirbelsäule gebildet, gleichsam zum Gegenhalte gegen den eigentlichen Buckel. — Bei einem 4 Jahre alten, von Pneumonie in Folge von Masern hingerafften Knaben hatten sich eben Kongestionsabszesse gebildet; der Eitersack, welcher die erkrankte Stelle der Wirbelsäule, vom 6. bis zum 12. Rückenwirbel, gleichsam umhüllte, stand mit Gängen in Verbindung, die an beiden Seiten unter den Insertionen des Zwerchfelles hindurch abwärts bis in die Psoasmuskeln und auch in die Bauchhöhle führten. Es würden sich ganz gewiss tief unten Kongestionsabszesse erzeugt haben. Die Zwischenwirbelknorpel waren, sowie die eigentliche Textur der Wirbelkörper, ganz zerstört; vom 8. Wirbel fehlte der Körper ganz und die eine Wand des Eitersackes bestand hier aus den Rückenmarkshäuten.

c) Koxalgie. Die Injektionen von Jodtinktur in einen von Koxalgie veranlassten Abszess des Oberschenkels haben kein günstiges Resultat gehabt; die anhaltende Eiterung erschöpfte den Kranken, so dass er im höchsten Grade von Marasmus starb. Die Karies hatte den ganzen Oberschenkelkopf und einen Theil des Halses sowie die Gelenkpfanne zerstört, ohne jedoch das

Darmbein zu durchbohren; eine Luxation war eigentlich nicht erfolgt; es war immer noch etwas Rotation des Beines nach aussen und Abduktion desselben vorhanden.

d) Vertebral-Arthritis. Eine solche Diagnose stellte Herr Tourdes in folgendem Falle: Ein 12 Jahre altes Mädchen, bis dahin gesund, erkältete sich am 8. Mai in der Kirche; am Tage darauf hatte es lebhaften Schmerz in der Lumbargegend und klagte über Steifigkeit bei den Bewegungen. Am 13. Juni kommt es in's Hospital: Nirgends Gestaltveränderungen, aber lebhafter Schmerz beim Drucke auf den 3. und 4. Lendenwirbel; nirgends Röthe oder Anschwellungen; Steifigkeit und vollständige Unbeweglichkeit der Lumbargegend beim Versuche zu gehen, permanente Streckung des Rumpfes etwas hinten über; Beugung nach der Seite unmöglich; Beugung nach vorne geschieht ganz durch die Hüftgelenke, Rotationsbewegungen des Rumpfes leicht. Blutegel, Schröpfköpfe, Bäder, verschiedene Einreibungen bewirken nach 10 Tagen eine vollständige Heilung.

7) Krankheiten der Sinnesorgane.

Es waren im Ganzen 92 Fälle vorgekommen und zwar 53 bei Knaben und 39 bei Mädchen. Es litten: am Ohrenflusse 2 Kn.; an katarrhalischer Ophthalmie 32 Kn. und 30 M.; an skrophulöser Ophthalmie 11 Kn. und 7 M. und an ekzematöser Ophthalmie 8 Kn. und 2 M.

Hiervon haben wir nur der katarrhalischen Ophthalmie zu gedenken, die deutlich epidemisch auftrat. In der That kann man den epidemischen und kontagiösen Charakter einer Ophthalmie nicht abläugnen, wenn man sieht, dass plötzlich mehrere Kinder in denselben Sälen von der Krankheit befallen werden, und dass vorzugsweise diejenigen Kinder daran erkranken, die mit den schon behafteten zusammenkommen und spielen; wenn man ferner wahrnimmt, dass mehrmals die Ophthalmie bei denselben Individuen sich wiederholt, sobald diese, durch irgend eine Krankheit genöthigt, in's Hospital kommen, und folglich daselbst dem ansteckenden Einflusse eine Zeit lang ausgesetzt bleiben und endlich, wenn man findet, dass die Krankheit bei solchen Kindern, die mit ganz gesunden Augen der Ansteckung sich ausgesetzt hatten, wenige Tage darauf dieselbe Krankheit genau mit denselben Charakteren hervortritt. Diese Charaktere waren: Lebhafte Röthe der Palpebrar- und Okularbindehaut, Lichtscheu, starker

Thränenträufeln und grosse Disposition zur Eiterbildung, namentlich zur Erkrankung der Hornhaut. Ich kann übrigens mehrere Fälle anführen, welche die Ansteckung deutlich nachweisen. So erkrankte eine der Wärterinnen an katarrhalischer Augenentzündung, welche sehr schnell zur Eiterung führte und, der kräftigsten Behandlung ungeachtet, den gänzlichen Verlust eines Auges zur Folge hatte. Auch die anderen beiden Wärterinnen bekamen die Ophthalmie und eine von ihnen 2 Mal, aber in milderer Weise. Eine Mutter, welche in's Hospital gekommen war, um ihre dort liegenden 3 Kinder, die ebenfalls die Ophthalmie hatten, zu besuchen, bekam 2 Tage darauf diese Krankheit und verlor dabei ein Auge.

Ich habe die Krankheit katarrhalische und nicht purulente Ophthalmie genannt. Eine solche hat in der That im Jahre 1852 in der Abtheilung für kranke Kinder geherrscht und im Januar 1853 litten noch 3 Kinder daran, aber dann modificirte sich die Ophthalmie bedeutend, sie wurde milder und Eiterbildung und Granulationen zeigten sich nur selten.

Auf die 6 Monate vertheilten sich die an Ophthalmie leidenden Kinder folgendermaassen: Im Januar 10, Februar 5, März 15, April 12, Mai 8, Juni 7 und Juli 4. Es begann also eine Abnahme im Februar, aber dann wieder eine Zunahme der Epidemie im März, die im Juni und Juli wieder nachliess. Von den 4, noch aus dem vorangegangenen Halbjahre zurückgebliebenen Augenkranken, welche an purulenter Ophthalmie litten, sind 3 im Januar und 1 später aus dem Hospitale entlassen worden. Dann kamen im Ganzen nur noch 3 Fälle von purulenter Ophthalmie vor, von denen der folgende einen üblen Ausgang hatte.

B. Z., ein Mädchen, 10 Jahre alt, von einem typhösen Fieber genesend, ist noch sehr schwach. Am 12. Juni wird die Kleine plötzlich von Augenentzündung befallen; die Bindehaut der Augenlider und des Augapfels sehr geröthet, Lichtscheu, Schleimabsonderung. Wegen der grossen Schwäche der Kranken wird am ersten Tage nichts Anderes verordnet als ein Einträpfeln einer kräftigen Höllensteinsolution. Am 18ten hat die Röthe der Bindehaut an beiden Augen nachgelassen, aber im rechten Auge hat sich um die Hornhaut herum ein Kranz von gerötheten Gefässen gebildet, welcher nicht weichen will und eine eintretende Ulzeration besorgen lässt. (Dieselbe Behandlung.) Am 21sten: An der inneren und unteren Seite der Hornhaut des rechten Au-

ges erblickt man eine tiefe Ulzeration mit Verwachsung des äusseren Randes der Iris und Querrichtung der Pupille; die Schmerzen, die in der Nacht sehr lebhaft waren, haben gegen Morgen mit Perforation der Hornhaut und Ausfluss eines Theiles der wässerigen Feuchtigkeit geendigt (Verordnet: Blasenpflaster im Nacken, Eintröpfeln von Laudanum, Verschliessung des Auges). In den nächsten Tagen bildet sich ein weisslicher Ring um die Ulzeration, die Augenliderbindehaut ist sehr roth, aufgelockert und mit Granulationen besetzt; Ausfluss von eiteriger Beschaffenheit; Vorfall der Iris durch das Hornhautgeschwür, das Sehen auf diesem Auge ist fast vollkommen vernichtet (dieselbe Behandlung; Limonade mit zitronensaurer Magnesia, Jalapapulver, Chinasyrup). In den ersten Tagen des Juli wird wieder Höllenstein eingetröpfelt und ausserdem noch Laudanum. Gegen Ende Juli ist die Röthe viel geringer und das Hornhautgeschwür hat sich verkleinert; die Iris hat sich zum Theil zurückgezogen und die Pupille hat eine mehr regelmässige Form. Ein Augenwasser von 8 Theilen Tannin in 200 Theilen Wasser und rothe Präzipitatsalbe bewirken vollständige Vernarbung; die Hornhaut wird wieder durchsichtig und das Sehvermögen stellt sich fast ganz wieder her.

Bei einem anderen Kranken haben sich auch Granulationen mit Hornhautgeschwür gebildet, aber das Laudanum reichte vollkommen aus, die Vernarbung und Durchsichtigkeit der Hornhaut wiederherzustellen. Die Heftigkeit der Entzündung, die Schnelligkeit, mit der bisweilen Hornhautgeschwüre entstehen, führen dazu, die katarrhalische Ophthalmie eben so energisch anzugreifen, als die purulente. Professor Tourdes hat folgendes Verfahren als das beste erkannt: Anfangs, am 1. oder 2. Tage der Ophthalmie, wenn dieselbe heftig ist und die Konstitution des Kranken es sonst gestattet, 2 bis 4 Blutegel hinter die Ohren; nach Verlauf von 2 bis 3 Tagen Eintröpfeln einer Auflösung von 10 bis 15 gr. Höllenstein in 1 Unze Wasser; dabei alle 2 Tage ein Abführmittel aus Magnesia, Rhabarber und Jalapa, und ist diese Entzündung grösstentheils bekämpft, dann ein Augenwasser von 5 Th. Tannin in 200 Th. Wasser. Bildet sich aber, trotz dieser Behandlung, ein rother Gefässring um die Hornhaut und erstreckt sich dieser Ring immer näher auf dieselbe, so muss man sehr energisch von Neuem zu den antiphlogistischen Mitteln, energischen Purganzen und bisweilen zu den Blasenpflastern grei-

sen. Die Erfahrung hat nämlich gelehrt, dass ein solcher rother Hof dicht um die Hornhaut ein Vorläufer der Ulzeration derselben ist, und ist es nicht gelungen, diese Ulzeration zu verhüten, so muss man den Höllenstein weglassen und statt desselben Laudanum in's Auge träpfeln. Dieses Verfahren hat uns bis jetzt noch immer am meisten genützt. Hat jedoch die Entzündung bedeutend nachgelassen, oder ist sie gleich vom Anfang an nicht so heftig gewesen, so genügte fast immer ein Augenwasser aus Tannin oder Lapis divinus zur vollständigen Heilung. Es sind auf diese Weise Kinder mit Erfolg behandelt worden und zwar 21 mit dem Tannin und 9 mit dem Lapis divinus. Augenwasser aus schwefelsaurem Zink und Sublimat haben nicht so gute Resultate geliefert.

Was die skrophulöse Ophthalmie anbetrifft, die oft mit chronischen Entzündungen der Halsdrüsen begleitet war, und die fast immer unter der Form einer chronischen Keratitis bald mit Bläschen und Geschwürchen, bald mit einfacher Trübung der Hornhaut sich zeigte, so bestand die Behandlung in Leberthran und Jodkalium innerlich und örtlich in Eintröpfeln von Laudanum im ersten, und in Einblasen von Kalomel im zweiten Falle. Ein 10 Jahre altes Kind war uns ein trauriges Beispiel von der Hartnäckigkeit, welche diese Ophthalmieen, sobald sie erst eine gewisse Höhe erreicht haben, jeder Behandlung entgegenstellen. Das Kind hatte auf beiden Augen eine Keratitis mit vollständiger Trübung des linken Auges, wo sich auch eine Kapselkatarakt befand. Zon Zeit zu Zeit bildeten sich auch die kleinen Bläschen und Geschwürchen von Neuem wieder. Die sehr kräftige Entwickelung der Fettschicht und des Lymphsystemes bei diesem Knaben führten darauf, statt des Jodkaliums, welches nichts geleistet hatte, den Baryt anzuwenden. Die Eintröpfelung von Laudanum, die russische Salbe, die Opiatsalbe in Verbindung mit Purganzen haben keine merkliche Besserung bewirkt. — Was endlich die ekzematösen Ophthalmieen anlangt, so ist darüber nicht viel zu sagen. Das Vorhandensein eines Ekzems auf den Wangen, Augenlidern, Augenbraunen u. s. w. ist das Hauptzeichen und dagegen wirken am besten Emollientia in Verbindung mit Purganzen.

8) Krankheiten der Haut.

Es kamen 211 Hautkranke vor, nämlich 137 Kn. und 74 M.

und zwar: an Erysipelas 4 Kn. 3 M.; an Petechien 1 M.; an Ekzem 6 Kn. 5 M.; an Impetigo 18 Kn. 9 M.; an Ekthym 2 Kn. 1 M.; an Furunkeln 1 M.; an Favus 6 K. 4 M.; an Krätze 93 Kn. 47 M. und an Hautungeziefer 8 Kn. 3 M.

In 6 Fällen von Erysipelas des Angesichts, von denen einer sogar mit Bläschen verbunden war, wirkten sehr schnell Fetteinschmierungen, welche namentlich den aus der Spannung der Theile hervorgehenden Schmerz beseitigten und auch gegen die Entzündung gut thaten. Gegen Petechien auf dem Bauche und der Brust eines 11 Jahre alten Mädchens, welches zugleich an Rhachitis und Durchfall litt, wurde Chinasyrup und eine Gummiauflösung mit 10 Tropfen Haller'schen Sauers nebst Umschlägen von aromatischem Weine angewendet. Gegen die Ekzeme und die Impetigines werden nur Reinlichkeit, Bäder und milde Abführmittel verordnet. — Der Favus wird zuerst mit Pflasterstreifen behandelt, wodurch die Haare ausgezogen werden und dann mit Einreibungen einer Jodschwefelsalbe. Die Krätze endlich wird mit Einschmierung schwarzer Seife, einem Bade und Einreibung der Elmorich'schen Salbe behandelt; 2 Einreibungen reichen gewöhnlich hin, um die Krätzmilben zu tödten und vollständige Heilung zu bewirken. Nur in seltenen Fällen mussten die Einreibungen wiederholt werden. Rückfälle sind nicht vorgekommen.

9) Fieber.

An Wechselfieber kamen 15 Kn. und an typhösem Fieber 5 Kn. vor. Gegen die Wechselfieber wurde das schwefelsaure Chinin in Auflösung gegeben und zwar in 2 bis 3 kräftigen Dosen, worauf das Fieber ausblieb und nur in seltenen Fällen wiederkehrte. —

Das typhöse Fieber, obwohl bei Kindern seltener und weniger bedenklich, als bei Erwachsenen, zeigt sich doch bei ersteren häufiger, als sonst. Das Kalomel, das von Kindern sehr gut ertragen wird, hat in den 3 Fällen vortreffliche Dienste gethan und meist genügt eine rein exspektative Methode.

10) Varia.

Hier sind aufzuzählen: an Quetschung des Oberschenkels leidend, 1 M.; an Verbrennungen 1 Kn. 1 M.; an Abszessen 2 Kn. 1 M.; an Anämie in Folge von Noth und Hunger 5 Kn. 6 M.; Erwachsene im Hospitale 3 Personen; im Ganzen 20 Kranke.

IV. Kliniken und Hospitäler.

Aus verschiedenen englischen Hospitälern.

Pleuritis, Empyem und Hydrothorax bei Kindern, und deren verschiedene Ausgänge, erläutert durch klinische Fälle.

(S. dieses Journal Mai — Juni 1854 S. 412.)

Wir haben den vorigen Fällen noch die folgenden hinzuzufügen, die vielerlei Interesse darbieten.

Fall 12. Am 15. Februar 1853, berichtet Herr Cleveland, Arzt in London (London Medical Times vom 21. Januar 1854), wurde ein zartes und skrophulös aussehendes Kind, 6 Monate alt, zu mir in's Haus gebracht; es litt am Husten und geringer Dyspnoe und nach Aussage der Mutter hatte das Kind diese Symptome seit der ersten Woche seines Lebens mehr oder minder lebhaft gehabt. Der Vater des Kindes war etwa einen Monat vorher an Lungenschwindsucht gestorben. Herr Cl. verordnete dem Kinde eine Mixtur aus Ipekakuanha, Squilla und Mohnkopfsyrup, und da der Knabe darauf besser wurde, so blieb die Mutter mit ihm aus und erst am 9. März brachte sie ihn wieder herbei, mit der Angabe, dass er an Kolikschmerzen litte, und in der That waren auch die Erscheinungen solcher Art, dass Hr. Cl. ein Karminativmittel und dann etwas Rizinusöl gab, worauf auch wirklich eine Art Genesung erfolgte. Wenige Tage später jedoch verfiel der Knabe in heftigen Husten und deutliche Dyspnoe, zwei Symptome, die niemals gänzlich verschwunden waren. Auch schien er grossen Schmerz zu empfinden, denn er schrie fortwährend, so dass kein Versuch gelang, den Zustand der Brustorgane durch Auskultation und Perkussion kennen zu lernen. Der Knabe wurde immer schwächer und durch fortwährenden Husten, Mangel an Schlaf, Dyspnoe und hinzukommende Nachtschweisse gänzlich aufgerieben, so dass er am 7. April schon fast dem Erlöschen nahe war. Wider alles Erwarten erholte er sich aber und war einige Tage darauf besser, als je zuvor. Am 6. Mai trat jedoch eine grosse Verschlimmerung aller Symptome eine; die Nacht war sehr unruhig gewesen und einige Male des Nachts war der Knabe dem Ersticken nahe. Bei seinem Besuche am Tage sah Hr. Cl. den Knaben gerade in einem

solchen Hustenanfalle; die Erstickung drohte ihn jede Minute wegzuraffen und in der That erfolgte bald nach seinem Fortgehen der Tod. —

Leichenschau. Die Leiche war nicht sehr abgemagert. Nach Entfernung des Brustbeines zeigte der rechte Pleurasack das trügerische Ansehen einer grossen Vomika; er war jedoch selbst bis zu $^1/_2$ seiner Höhe mit einem dicken, grünlichen etwas stinkenden Eiter gefüllt; die Wände der Höhle waren verdickt und hier und da mit Fibrinflocken bekleidet. Und da ungefähr, wo das untere Drittel des Sackes mit dem mittleren zusammentrifft, nach der Wirbelsäule zu, fand sich eine elliptische Oeffnung von der Grösse einer Rossbohne, durch welche eine Sonde aufwärts und etwas nach hinten in einen grossen Bronchialast bequem hineingeführt werden konnte. Unterhalb des glatten Randes dieser Oeffnung des Pleurasackes sah man eine Exkavation der Lunge von der Grösse einer kleinen Bohne. Die Lunge selbst war verdichtet und gegen die Wirbelsäule hin gedrängt und bei genauer Untersuchung zeigte sie sich voller Tuberkeln und in der Exkavation sowohl, als im rechten Bronchus fand sich eben solcher Eiter, wie im Pleurasacke. Auch die linke Lunge enthielt Tuberkeln, die aber alle noch im kruden Zustande waren. Das Herz und die anderen Organe gesund.

War in diesem Falle das Empyem zuerst vorhanden und hatte sich eine Oeffnung durch die Pleura in den Bronchus und die Lunge gebildet, oder hatte sich, umgekehrt, die Vomika in den Pleurasack entleert? Es muss Letzteres angenommen werden; denn das Kind litt offenbar an Tuberkelsucht der Lungen, und es hat sich vermuthlich durch die Entleerung der Vomika in den Pleurasack eine Entzündung des letzteren sekundär erzeugt. Wenigstens nimmt Hr. Cl. dieses an. Er glaubt, dass, wenn umgekehrt das Empyem primär gewesen wäre und sich in die Lunge geöffnet hätte, ganz andere Symptome sich gezeigt haben würden; es wäre dann der Eiter leichter und in grösserer Menge ausgeworfen worden, und das Kind hätte sich dann wohl noch einige Wochen gehalten.

Fall 13. Dieser, obwohl unvollkommen erzählte Fall, der mehrmals im City-Hospital für Brustkranke und dann im St. Thomas-Hospitale behandelt worden war, verdient noch angeführt zu werden. W. Connor, 6 Jahre alt, ein frischer Knabe, soll bis zum 4. Jahre ganz gesund gewesen sein, als er von einer heftigen

Grippe befallen wurde. Erst etwa 6 Monate später erlitt er in Folge einer Erkältung bei der Ueberfahrt von Irland eine Brustentzündung, wegen deren er mehrmals im City-Hospital für Brustkranke gewesen, aber niemals ganz hergestellt wurde. Endlich wurde er am 2. August 1850 in das St. Thomas-Hospital in London aufgenommen. Früher hatte er fortwährend kleine Mengen Bronchialschleim ausgehustet, jetzt war aber der Auswurf eiterartig. Die rechte Brusthälfte war gerundet und hervorragend, bewegte sich aber kaum beim Athmen und gab überall einen matten Perkussionston, mit Ausnahme einer Stelle dicht unter dem Schlüsselbeine, wo ein dunkler tympanitischer Ton beim Anklopfen hörbar war. In der oberen Schulterblattgegend und unter der Akromialhälfte des Schlüsselbeines war ein lautes, kavernöses Athmen und deutliche Resonanz der Stimme und rechts von der Wirbelsäule lautes Bronchialathmen; an allen übrigen Punkten der rechten Brusthälfte fehlten die auskultatorischen Geräusche ganz. In der linken Brusthälfte, die viel kleiner erschien als die rechte, war der Perkussionston hell und ein lautes puerilesAthmen hörbar. Der Knabe sah bleich aus, sein Antlitz etwas gedunsen, er hatte guten Appetit, klobige Fingerenden, lag stets auf der rechten Seite und hustete heftig, sobald er auf die linke Seite gelegt wurde. Der Auswurf war reichlich, flüssig, schmutziggelb und hatte einen üblen Geruch. Der Knabe brachte den Auswurf sehr oft, ohne allen Husten, gleichsam durch Aufstossen, in solcher Menge hervor, dass er fast zu ersticken drohte. —

Am 4. Dezember war die rechte Brusthälfte bedeutend eingesunken und zeigte nun keinen Grössenunterschied mehr gegen die linke. Die Stelle, wo die Perkussion oben rechts einen hellen Perkussionston gegeben hatte, war viel grösser geworden, und man hörte nun ein deutliches bruit de pot fêlé. Der Auswurf zeigt sich in geringerer Menge, hat aber noch denselben Charakter und wird mit erstickendem Husten ausgestossen. Man hatte dem Knaben 3 Mal täglich einen Theelöffel voll Leberthran gegeben, worauf er sich bedeutend gebessert hatte. — Am 1. März 1851 war zwar das Allgemeinbefinden des Knaben bedeutend besser, aber die Hustenanfälle, die täglich 1 bis 2 Mal kamen, waren noch sehr angreifend; die örtlichen Zeichen waren dieselben, der Auswurf etwas weniger reichlich; die rechte Brusthälfte war etwas kleiner, aber noch immer voll von Flüssigkeit. Der Knabe wurde nun entlassen, um sich als poliklinischer Kranker

regelmässig einzufinden; er kam aber selten und starb später, wie es schien, durch eine hinzugekommene Bronchitis der gesunden Lunge. Eine Leichenuntersuchung hat nicht stattgefunden.

Fall 14. Dieser im St. Mary-Hospital in London beobachtete Fall betraf allerdings kein Kind, sondern ein 18 Jahre altes Mädchen, kann aber doch hier mit aufgenommen werden. Emma Wilson, 18 Jahre alt, wurde am 10. Juni 1853 aufgenommen. Sie war eine zarte, bleich aussehende Person und litt seit längerer Zeit am Husten und hatte einen mehrmals mit Blut gefärbten Auswurf. Die ganze linke Brusthälfte gab überall einen matten Perkussionston und nirgends war Athmungsgeräusch daselbst hörbar. Der Anschlag des Herzens wurde in der Mitte über dem Epigastrium gefühlt. Die Kranke bekam 3 mal täglich 3 gr. Kalomel mit 4 gr. Dower'schen Pulvers und ausserdem eine salinische Mixtur. — Am 10. Juni: Gesteigerte Dyspnoe, die physikalischen Zeichen wie früher, Puls 136, Zunge roth und trocken.

Dieselbe Arznei, ausserdem ein Blasenpflaster auf die rechte Seite; die Prostration so gross, dass 3 Unzen Wein täglich gegeben werden. — Am 12.: Die Dyspnoe immer heftiger, die Anfüllung der Brustseite zunehmend. Die obige Dosis Kalomel mit Dower'schem Pulver wird dreistündlich gegeben, das Blasenpflaster wiederholt. Statt der salinischen Mixtur bekommt die Kranke folgende Mischung: Rp.: Chloroform. gutt. vj, Spirit. nitric. aether. gutt. xx, Mixtur. gummos. ʒj, Mixtur. camphorat. ℥j. M. — Am 13.: In der Nacht viel Delirium, kein Schlaf; viel Schweiss, sehr grosse Athmungsnoth, Puls 144 und sehr schwach. Bedeutende Zunahme des Ergusses in der linken Brusthälfte, das Herz ganz nach rechts gedrängt. Es wurde nun die Punktion beschlossen und dieselbe seitlich zwischen der 6. und 7. Rippe gemacht. Ein Troikar wurde eingesenkt und auf dessen Rohr eine kleine Pumpe aufgesetzt, um den Eintritt von Luft in die Wunde zu verhüten; etwa 18 Unzen klaren Serums wurden entfernt. Kurz vor der Operation war der Puls 156 und die Zahl der Athemzüge 42; das Angesicht war todtenblass, der Unterkiefer hing herab und das Schnappen nach Luft war im höchsten Grade ängstlich. Gleich nach der schmerzlosen Operation folgte deutliche Erleichterung; der Puls fiel bis 134, die Angst liess nach und obwohl noch deutliche Beschleunigung der Respiration stattfand, so schnappte doch die Kranke nicht mehr so ängstlich nach

Luft. Sie bekam nun Wein, Rindfleischbrühe und die erwähnte Mixtur, aber nicht mehr die Kalomel-Pillen.

Am 14.: Die Nacht war sehr unruhig, die Dyspnoe wieder stärker, Athemzüge 40, Puls 152. Um 3 Uhr Nachmittags wird der Troikar von Neuem eingesenkt und wieder ein Pint Serum entleert. Auch bei dieser Operation war durchaus keine Luft eingedrungen, dennoch ergab die Perkussion unter dem Schlüsselbeine einen tympanitischen Ton. Die abgelassene Flüssigkeit enthielt einen Fetzen falscher Membran, welche unter dem Mikroskope als geronnene Lymphe mit Blutkügelchen sich erwies. —

Am 15.: Die Kranke hat schlecht geschlafen, Dyspnoe sehr peinigend, Athemzüge 40, Puls 144. In der Gegend der Brustwarze hört man knisternde Töne von etwas zweifelhaftem Charakter. Durchfall ist eingetreten. Verordnet wird eine Kreidemischung bei Tage und eine Morphiumpille zur Nacht. —

Am 16.: Die Kranke hat mehrere Stunden in der Nacht geschlafen, Puls 136, Athemzüge 36, Tubularrespiration hörbar über dem Gipfel der Lungen, tympanitischer Perkussionston dicht am Schlüsselbeine, etwa einen Zoll darunter schon matter Perkussionston; der Impuls des Herzens unter dem Brustbeine. Die Kranke bekommt bei Tage die Chloroformmischung und zur Nacht Morphium. —

Am 17.: Husten und Dyspnoe immer beschwerlicher, Puls 126, Athemzüge 36. —

Am 18.: Nach einer sehr unruhigen Nacht ist die Kranke heute früh plötzlich gestorben. —

Leichenschau: Der linke Pleurasack voll mit einer klaren, serösen Flüssigkeit; die linke Lunge in ihrem Gipfel krepitirend, aber in den übrigen Theilen zusammengepresst; die Pleura sehr gefässreich und mit geronnener Lymphe bedeckt; eine dicke Schicht Lymphe hatte sich um die Stelle abgesetzt, wo der Troikar eingedrungen war. Keine Tuberkel in den Lungen; die rechte Lunge erschien gesund. In der Bauchhöhle viele alte membranöse Verwachsungen des Bauchfelles.

Fall 15. Aus dem City-Hospital für Brustkranke. Rebecca F., 4 Jahre alt, kam am 15. November 1850 zur Behandlung. Sie hatte seit 3 Wochen am Husten, etwas Auswurf und grosser Dyspnoe gelitten; letztere nahm aber immer mehr zu und es ergab sich bei der physikalischen Untersuchung, dass die linke Brusthälfte bis zum 2. Interkostalraume mit Flüssigkeit angefüllt war;

das Herz war nach rechts vom Brustbeine gedrängt. Diuretika, Merkurialien und Gegenreize wurden angewendet, aber die Dyspnoe wurde so dringend, dass mit der Punktion nicht gewartet werden konnte. Unter dem unteren Winkel des linken Schulterblattes wurde ein Troikar eingesenkt und eine geringe Menge Eiter zu grosser Erleichterung der Kranken entleert. Auf die Wunde wurde ein Kataplasma gelegt, am Tage darauf die Kanüle wieder eingeführt, eine grosse Menge Eiter entleert und von diesem Tage an wurden alle schwächenden Mittel bei Seite gesetzt und Chinarinde neben kräftiger Diät verordnet. Die Wunde heilte vollständig zu, aber am 27. brach sie wieder auf und mittelst der von Neuem eingeführten Kanüle wurden nun abermals 8 Unzen eiteriger Flüssigkeit abgelassen und jetzt wurde dafür gesorgt, dass die Wunde nicht zuheilte; fast 6 Monate blieb sie offen und im Anfange war der Ausfluss fortwährend sehr reichlich; nach 3 Monaten aber nahm er immer mehr ab und zuletzt verlor er sich ganz und nun wurde auch die Wunde geheilt.

Während dieser ganzen Zeit bekam das Kind Chinarinde und Leberthran; sein allgemeiner Zustand war immer ein sehr wünschenswerther und es konnte auch während der Kur meistens die Schule besuchen. Ein Jahr nachher wurde es von Neuem untersucht; es fand sich die Lunge wieder vollkommen entwickelt und die affizirte Brusthälfte erschien in ihrer Konfiguration gegen die andere wenig oder gar nicht verändert.

Fall 16. Adam Hartmann, 6 Jahre alt, ein deutscher Knabe, blondhaarig, wurde am 9. August 1852 in das letzterwähnte Hospital aufgenommen. Er war an diesem Morgen fast eine englische Meile weit bis zum Hospitale zu Fuss gegangen; er war äusserst blass und abgemagert, hatte dünnes und sehr trockenes Haar, einen schnellen, schwachen Puls, eine rothe, glatte, gleichsam glasirte Zunge und klobige Fingerenden. War er aufrecht, stillsitzend oder langsam umhergehend, so hatte er keine Athmungsnoth; dieselbe trat aber ein, wenn er sich hinlegte oder schnell umherging. Nach Aussage seiner Mutter hatte seine Krankheit 9 Monate vorher mit einem sehr heftigen Schmerz in der linken Brustseite, der 3 Tage anhielt, begonnen; seitdem aber immer einen sehr kurzen Athem gehabt und sehr mager geworden. Er wurde von mehreren Aerzten behandelt und war auch 3 Monate im deutschen Hospitale gewesen. So wie er entkleidet war, trat das Uebel gleich klar vor Augen; die ganze linke Brust-

hälfte nämlich war voll und hervorragend, fast ohne alle Bewegung beim Athmen und mit sehr vollen Interkostalräumen. Bei der Messung dieser Brusthälfte war jedoch der Unterschied nicht so bedeutend, als man dem ersten Anscheine nach glauben konnte, denn ihr Umfang betrug etwa 1 Zoll mehr als der der rechten Brusthälfte. Das Herz schlug unter der rechten Brustwarze fast in der rechten Achselgrube. Die Perkussion ergab einen matten Ton auf der ganzen linken Brusthälfte, von dem Gipfel bis unter den freien Rand der Rippen und bis rechts vom Brustbeine, und zwar in der oberen Hälfte desselben bis etwa 1 Zoll und in der unteren Hälfte bis etwa $1^1/_2$ Zoll rechts. Es war deutliche Schwappung in den linken Interkostalräumen vorhanden. Bei so bedeutender Verschiebung der Brustorgane und so grosser Störung des Allgemeinbefindens und der langen Dauer der Krankheit konnte hinsichtlich Dessen, was gethan werden musste, nicht der geringste Zweifel mehr sein. Am 23. August machte Herr Hilton die Punktation; er senkte einen sehr feinen Troikar zwischen der 8. und 9. Rippe, in der Mitte der linken Brustseite ein. Nachdem binnen 2 Stunden über 4 Pint eines dicken, rahmigen, etwas stinkenden Eiters ausgeflossen waren, wurde, sowie der Ausfluss aufhörte, das Röhrchen entfernt und die Wunde sorgfältig geschlossen, damit keine Luft eindringen könne. Der Knabe ertrug die Operation sehr gut, lachte und schwatzte darauf und behauptete nun, viel besser athmen zu können. Die Interkostalräume waren nun nicht mehr aufgetrieben und unter dem Brustbeine und rechts von demselben bis 1 Zoll unterhalb des linken Schlüsselbeines ergab jetzt die Perkussion einen hellen Ton. Das Herz pulsirte fast ganz in seiner früheren Lage, aber schien nicht mehr so dicht an der Brustwand zu liegen. Etwas Fieber folgte auf die Operation, aber kein Zeichen einer örtlichen Entzündung. Die Erleichterung der Respiration dauerte mehrere Wochen; dann aber sammelte sich die Flüssigkeit wieder an und mitten im September war der Knabe in demselben Zustande, wie vor der Operation. Er hatte bis dahin Tonika und Diuretika bekommen und Blasenpflaster auf die Seite. Vom 6. September an erhielt er statt der genannten Mittel Leberthran und Chinarinde; sein Appetit war aber nicht besonders und man konnte ihn nicht bewegen, Fleisch zu essen.

Am 4. Oktober wurde die Punktion wiederholt; der Troikar

wurde sehr nahe dem früheren Einstiche, der vollkommen geheilt war, eingesenkt. Nachdem etwas über 2 Pint Eiter ausgeflossen waren, bekam der Knabe einen heftigen Hustenanfall, der durch Reizung der oberen Fläche des allmählig in die Höhe gestiegenen Zwerchfelles mittelst des Röhrchens herbeigeführt zu sein schien. Das Röhrchen wurde in einer sehr schiefen Richtung nach oben gehalten und jeder Versuch, es in eine gerade Richtung zu bringen, brachte einen Hustenanfall zu Wege. Bei der Perkussion fand sich, dass der tympanitische Ton des Magens fast bis zur Höhe des Einstiches reichte. In einem dieser Hustenanfälle rauschte mehrmals Luft in die Brust, jedoch nur in kleiner Menge.

Das Röhrchen wurde nun fortgenommen und die Wunde geschlossen. Der entleerte Eiter war dieses Mal etwas stinkender als nach der ersten Punktion. Auch jetzt folgte Erleichterung ohne alle üble Nebenerscheinungen, aber diese Erleichterung war nicht von Dauer, da die Flüssigkeit sich schnell wieder ansammelte. Gegen Ende Oktober bildete sich eine schwappende Geschwulst unter der 5. Rippe in gleicher Linie mit der linken Brustwarze. Da diese Geschwulst beim Husten stärker schwappte und schnell zunahm, so wurde ein freier Einschnitt in dieselbe gemacht und ein starker Strom Eiter spritzte mit Kraft hinaus, so dass etwa binnen 1/2 Stunde 5 bis 6 Pint ausflossen und der Kranke darauf grosse Erleichterung fand. Die Schnittöffnung war absichtlich etwas schief gemacht, damit die Haut eine Art Klappe bildete und Luft in die Brusthöhle nicht eindringen konnte. Als der gewaltige Strom des Eiters dieses Mal sehr stinkend war und zu fliessen aufhörte, wurde ein grosses Kataplasma über die Brust gelegt. Von diesem Tage an besserte sich der Knabe langsam, aber stätig; der Eiterausfluss dauerte fort, jedoch in sehr mässiger Weise und die Brustseite verengerte sich allmählig. Der Knabe erhielt Leberthran, Chinarinde und schwefelsaures Eisen; dann und wann auch, wenn Durchfall eintrat, Opiate und Adstringentien.

Die folgenden Notizen geben ein ziemliches Bild von dem Verlaufe der Krankheit. Am 20. Dezember 1852: Der Knabe erscheint sehr hektisch; in der Gegend der 3. linken Rippe ein heller Perkussionston; ebenso über dem Brustbeine und der ganzen rechten Brusthälfte; links oben ein entferntes, heiseres Respirationsgeräusch; Impuls des Herzens ein Zoll links von der rechten

Brustwarze; die obere Hälfte der linken Brustseite kontrahirt, die untere Hälfte aber noch ausgedehnt; Appetit gut; Puls 100 und schwach; Ausfluss noch mehrere Unzen jeden Tag.

Am 16. Juni 1853: Der Knabe stellt sich wieder vor, er sieht bedeutend wohler aus, aber ist immer noch mager; seit einigen Monaten besucht er die Schule; links vom Gipfel bis zur 3. Rippe heller Perkussionston und Athmungsgeräusch; von da an aber matter Perkussionston; das Zwerchfell scheint sich sehr in die Höhe gehoben zu haben, denn der tympanitische Magenton reicht fast bis zur Fistelöffnung. Die linke Brusthälfte ist noch mehr zusammengezogen und misst 1 Zoll weniger als die rechte. Am 16. Januar 1854: Keine Dyspnoe mehr; der Knabe kann mit Leichtigkeit die Treppe hinauflaufen; er sieht noch hektisch und bleich aus; seine Finger sind etwas klobig, aber nicht mehr so, wie früher. Die Ausleerung dauert noch fort; es werden täglich 2 bis 3 Unzen eines dicken, gelblichen, sehr stinkenden Eiters entleert. Das Brustbein ist in seinem unteren Zweidrittel stark nach Innen gezogen worden, so dass die Mitte des Thorax eine Vertiefung darstellt. Das Herz schlägt unter dem rechten Rande des Brustbeines. Die linke Brustseite hat sich in ihrer unteren Hälfte mehr kontrahirt, während ihre obere Hälfte ausgedehnter erscheint, als früher; in diesem Theile der Brust freies vesikuläres Athmungsgeräusch und normaler Perkussionston. Der matte Perkussionston beginnt noch an der 3. Rippe und erstreckt sich abwärts bis zum unteren Rande der 6. und zwar betrifft er die ganze Seite vom Brustbeine bis zur Wirbelsäule. Die rechte Brusthälfte hat einen Umfang von 12, die linke einen von 10 Zoll. Die Zunge ist rein, aber roth und sieht immer noch etwas glatt und glasirt aus. Der Knabe ist seitdem sehr gewachsen, aber mager geblieben. Es ergibt sich aus diesen Notizen, dass die Eiterung des Pleurasackes abgenommen und die linke Lunge in ihrer oberen Partie sich mehr entwickelt hat. Da noch immer Ausfluss aus der Fistelöffnung vorhanden ist und der matte Perkussionston oberhalb derselben sich kund thut, so ist eine neue Punktion nicht indizirt. Es ist möglich, dass der Eiterausfluss noch Jahre dauert, aber es ist immer noch ein guter Ausgang zu hoffen, wenn nicht etwa Tuberkelablagerungen in den Lungen stattfinden oder eine zufällige Krankheit hinzukommt.

Fall 16. M. M., 8 Jahre alt, blond, wurde im Mai 1849 in das City-Hospital für Brustkranke aufgenommen. Der Knabe

war, seiner Angabe nach, vor 16 Monaten noch kräftig und robust; dann habe er plötzlich des Morgens beim Erwachen einen heftigen Schmerz in der linken Seite empfunden; der Schmerz blieb anhaltend, und Blutegel, Blasenpflaster und andere Mittel haben so weit geholfen, dass er nach 8 Wochen aufstehen konnte; er kränkelte aber fortwährend und nachdem er auch 4 Wochen lang sich im Guy's Hospitale als poliklinischer Kranker eingefunden, sei er auf's Land gegangen und daselbst ohne ärztliche Behandlung eine längere Zeit verblieben. Endlich habe sich eine Anschwellung unter der linken Brustwarze gebildet; es war dieses 14 Monate nach seinem ersten Erkranken; diese Geschwulst sei von einem Wundarzte geöffnet worden und 14 Tage darauf habe sich neben dieser Oeffnung eine zweite von selbst gebildet. Aus beiden Oeffnungen sei viel Eiter gekommen, aber unter dem Gebrauche von tonischen Mitteln habe er sich sehr gebessert.

Bei seiner Aufnahme im Mai 1849 in das Hospital für Brustkranke bietet der Knabe folgende Erscheinungen dar: Die rechte Brusthälfte voll und ausgedehnt, die rechte Schulter erhaben und die linke gesunken; die untere Hälfte des Brustbeines ist nach links und stark nach vorne gedrängt. In der rechten Brustseite überall ein lautes Athmungsgeräusch und ein heller Perkussionston. Der Anschlag der Herzspitze ist sichtbar in der Mitte zwischen der rechten Brustwarze und dem unteren Ende des Brustbeines. Die ganze linke Brusthälfte ist matt bei der Perkussion, besonders unten; in der Mitte der linken Brustseite hört man ein dunkles bruit de pot fêlé; über diesem Theile mittelst des Hörrohres einen amphorischen Ton, welcher die Ausathmungen und Einathmungen begleitet; kein Respirationsgeräusch links; das Vibriren der Stimme fehlt links ebenfalls, aber ist rechts sehr deutlich; der Appetit ist gut; Puls ruhig, 100.

Am 21. August 1850: Der Knabe hat sich bis dahin sehr gebessert; die Oeffnung, die künstlich gemacht worden, war geschlossen; aber die natürliche Oeffnung sondert noch Eiter ab. Die linke Brustseite noch matt bei der Perkussion, aber hat sich sehr verengert und es hat sich eine Skoliose in der Dorsalpartie des Rückenmarkes gebildet mit nach rechts stehender Konvexität.

Am 10. Dezember 1851: Der Knabe hat sich regelmässig im Hospitale vorgestellt; er hat an Fleisch zugenommen; die Kontraktion der linken Brustseite ist noch stärker; der Anschlag der Herzspitze ist etwas unter der linken Brustwarze fühlbar; die

Finger des Knaben sind klobig, aber nicht in bedeutendem Grade. Der Knabe hatte einige Male leichte katarrhalische Anfälle, wobei er etwas stinkenden Eiter ausgeworfen; er hat sonst eine kräftige Stimme und scheint sich im Allgemeinen zu bessern. — Am 20. Oktober 1852: Die Absonderung aus der Fistel hatte ganz aufgehört, aber sie begann wieder nach einem sehr heftigen Schmerz in der Brust und seitdem hat sich auch Husten eingestellt mit Auswurf einer sehr stinkenden Materie. Darauf verfiel der Knabe in ein anscheinend hektisches Fieber mit Nachtschweissen. Später bessert er sich wieder unter einer ernährenden, tonischen Behandlung. Zuletzt ging er auf's Land, von wo er, nach einem Aufenthalte von mehreren Monaten, bedeutend gekräftigt und gebessert, zurückkam, aber gegen Ende 1853 floss immer noch etwas Eiter aus der Fistel, und als im Januar 1854 neue katarrhalische Entzündungen hinzutraten, musste der Knabe wieder zu Bette und verfiel in grosse Erschöpfung, so dass nun wohl doch sein baldiger Tod zu befürchten steht. —

Fall 17. Charlotte Fildall, 10 Jahre alt, von einer etwas schwindsüchtigen Familie, aber selbst gesund, wurde plötzlich am 20. April 1853 unwohl, fing an zu frösteln und klagte über heftigen Schmerz in der linken Seite. Am nächsten Tage hatte der Schmerz zugenommen; dazu kam viel Husten mit Auswurf, welcher letztere nach Aussage der Mutter ein rostiges Ansehen hatte. Am 23. kam die Kleine in die von der Königin Adelaide gestiftete Dispensiranstalt, wo sie, an heftigem Fieber, stechend heisser Haut, aufgeregtem Pulse und dick belegter Zunge leidend, gefunden wurde; in der unteren Gegend der linken Brusthälfte matter Ton bei der Perkussion und fehlendes Athmungsgeräusch, in der Achselgrube ein lauter Reibungston. Aus den von da an aufgenommenen Notizen ergibt sich, dass man das Leiden richtig als eine Brustentzündung erkannt hat und dass die Symptome unter der angeordneten Behandlung zwar nachliessen, aber mehrmals Rückfälle machten. Die physikalischen Zeichen waren von der Art, dass es zweifelhaft blieb, ob ein pleuritischer Erguss vorhanden war oder eine entzündliche Verdichtung der Lungen; auch konnte angenommen werden, dass die beiden Blätter der Pleura in Folge früherer Entzündung mit einander verwachsen waren und dadurch die Diagnose erschwerten. Als Zeichen des Ergusses galten mehr oder minder vollständige Gedämpftheit des Perkussionstones über der ganzen linken Lunge und vollständiger

Mangel der Vibration der Stimme. Neben diesen Zeichen aber hörte man unten an der Basis der Brust Bronchialrespiration und knisterndes Athmungsgeräusch, welches letztere dann und wann zwischen grossem Rasseln und kleiner pneumonischer Krepitation wandelte. Der matte Perkussionston war auffallender Weise am deutlichsten über dem Gipfel der Lunge, variirte aber dem Grade nach und zu Zeiten war ein deutliches Vesikulargeräusch hörbar. Reibungstöne wurden mehrmals in der Achselgrube und auch vorne an der Brust gehört. Die Anfangs sehr bedeutenden allgemeinen Krankheitserscheinungen wurden durch Schröpfköpfe und Blasenpflaster, bei innerer Anwendung von Merkurialien und Spiessglanz beseitigt. Obwohl schon in den ersten 6 Tagen die Kräfte der Kleinen sehr herabgebracht waren, so musste doch mehrmals durch die Wiederkehr der Entzündungssymptome zu dieser aktiven Behandlung geschritten werden. In der letzten Zeit bekam die Kleine Tonika, wodurch sie wieder etwas zu Kräften kam. Während dieser ganzen Periode war der Auswurf von mässiger Menge, zähe, schleimig-eiterig, aber niemals blutig. Der Zustand der Brust blieb unverändert bis zum 24. Mai, als nun plötzlich eine heftige Hämoptyse eintrat. Eine salinische Mixtur mit Ipekakuanha that dem Blutspeien Einhalt, aber am nächsten Tage trat dasselbe noch stärker ein, so dass fast ½ Pint reinen Blutes ausgeworfen wurde. Dazu kam ein heftiger Schmerz in der Brust und allgemeines Fieber. Die Auskultation ergab grossblasiges Knistern mit kavernöser Respiration und flisternde Pektoriloquie in der Gegend der Brustwarze. Es wurde essigsaures Blei gegen das Blutspeien verschrieben.

Am 1. Juni. Seit dem 25. kein Auswurf reinen Blutes, jedoch sind die Sputa dann und wann mit Blut gefärbt. Die ausgehusteten Stoffe sind zähe, dicklich und hell rostfarbig. In der ganzen linken Brusthälfte keine Resonanz und Vibration der Stimme und kein Athmungsgeräusch, ausser dicht unterhalb des Schlüsselbeines, wo das Athmungsgeräusch sehr schwach hörbar war. Die Perkussion ergibt einen fast tympanitischen Ton über der unteren Hälfte der Brust, aber einen vollkommen matten Ton von der Brustwarze abwärts. Das Allgemeinbefinden der Kranken hat sich gebessert, und da seit dem Blutspeien alle Entzündungssymptome gewichen waren, wurde jetzt zu einer nährenden Diät geschritten; man verordnete kleine Gaben Leberthran, aber dennoch ein Blasenpflaster auf die kranke Seite. — Am 3. Juni:

Die Kranke ist äusserst blass und anämisch, aber sieht munter aus und fühlt sich besser. Unter einem heftigen Husten warf sie etwa 2 Unzen schleimig-eiteriger, blutgestreifter Materie aus. Unter der linken Brustwarze hat sich an einer Stelle, die seit mehreren Tagen schmerzhaft war, eine kleine Anschwellung gebildet; die Haut um dieselbe herum ist nicht sehr entzündet. Die physikalischen Zeichen wie früher; nur der helle Perkussionston oberhalb der linken Brustwarze noch auffallender. — Am 6. Juni: Zunehmende Besserung; der Auswurf in den beiden letzten Tagen sehr gering, nur zwei Mal wurde unter heftigem Husten eine grosse Menge schleimigen mit Blut gefärbten Eiters ausgeworfen. Die Anschwellung hat sich vergrössert und wird während des Hustens voller und schwappender.

Am 8.: Eine grosse Menge mit Blut gefärbten Eiters wurde gestern wieder unter heftigem Husten ausgeworfen. Die Geschwulst hat fast die Grösse eines Hühnereies, und es wurde jetzt beschlossen, einen Einstich in dieselbe zu machen. Es geschah dieses mittelst eines sehr kleinen Schnittes, aber da nichts weiter wie Luft herausfuhr, so wurde die Wunde sofort mit Heftpflaster geschlossen. Auf die Operation folgte bedeutender Schmerz, beschleunigte Respiration, grosse Angst und Blässe und jeder Athemzug war mit einem klappenden Geräusche in der Geschwulst begleitet. Diese Erscheinungen verloren sich allmählig und das Kind hatte eine gute Nacht. Am Tage darauf kein Fieber, Zunge rein, Puls 148, Athemzüge 52. Bei aufrechter Stellung ist der Perkussionston in der oberen Hälfte der linken Brustseite vorne und hinten hell, aber in der Achselgrube matt. In liegender Stellung jedoch wird der Perkussionston in der letzteren Gegend deutlich tympanitisch. In der Fossa suprascapularis sind Athmungsgeräusch und Stimmresonanz schwach hörbar. —

Am 10. Juni: In den beiden letzten Tagen kam jeden Morgen beim Erwachen ein heftiger Husten, der einige Minuten dauerte und mit Auswurf von 2 Unzen dicker, röthlicher, eiterartiger Materie endigte. Grosser Schmerz in der Geschwulst während des Hustens; die kleine Schnittwunde ist fast geheilt, aber die Geschwulst ist grösser geworden. — Am 11.: Die Geschwulst noch grösser; ihre obere Hälfte deutlich tympanitisch, aber die untere Hälfte matttönend und schwappend. Durch einen Druck mit der Hand wird die Geschwulst verkleinert und es wird dess-

halb eine Kompresse fest auf dieselbe gelegt. Das Kind bessert sich; die physikalischen Zeichen wie früher. —

Am 13.: Am untersten Theile der linken Brustseite gibt die Perkussion, vorne und seitlich, einen tympanitischen Ton, hinten aber, bis fast zum Schulterblatte, einen matten Ton. Athmungsgeräusch nirgends hörbar. Herzenschlag unter dem unteren Theile des Brustbeines und der abnorme tympanitische Ton erstreckt sich nicht weiter, als bis zur Mitte dieses Knochens. Das Kind sehr abgemagert, aber munter; Zunge rein; Appetit gut. Dargereicht wird Leberthran und Chinarinde. —

Am 18.: Zunehmende Besserung; die Kleine kann schon eine ganze Strecke gut gehen und isst mit Appetit. Der Auswurf noch eiterartig, beträgt 2 bis 3 Unzen täglich. Husten nicht sehr beschwerlich; sie fühlt keinen Schmerz in der Brust und kann nun auf der linken Seite gut schlafen, was sie früher nicht konnte. Der Druck auf die Geschwulst hat dieselbe fast ganz beseitigt; physikalische Zeichen wie früher. —

Am 23.: Drückt man stärker auf die frühere Geschwulst, so hört man etwas emphysematöses Knistern und beim Husten ein deutliches Schwappen. Die Perkussion ergibt eine Abnahme der Luft und der Flüssigkeit im Pleurasacke, Auswurf sparsamer. — Am 8. Juli: Scheint keine Luft mehr im Pleurasacke vorhanden zu sein; die Vibration der Stimme ist fast überall wieder vorhanden, mit Ausnahme des untersten Drittels der linken Seite, wo lautes kavernöses Athmen und grosse Krepitation hörbar ist und wo die Perkussion noch einen tympanitischen Ton gibt. Während der letzten 10 Tage machte sich an verschiedenen Stellen der vorderen linken Brustwand ein Reibungsgeräusch hörbar, zum Beweise, dass die Blätter der Pleura sich wieder einander berühren. Der Thorax hat nur eine geringe Deformität erlitten und scheint sich gut auszudehnen; die Respiration ist an der ganzen hinteren Wand frei und der Perkussionston gut; das Herz ist in seine normale Lage zurückgekehrt und von der emphysematösen Geschwulst ist keine Spur mehr vorhanden. Das Kind hat an Kräften zugenommen und macht täglich einen Spaziergang; es erhält noch fortwährend Leberthran und Chinin.

Dieser interessante Fall lässt wohl folgende Erklärung zu: Ursprünglich hat eine akute Pleuropneumonie stattgefunden, die zu einem Eitergusse führte; in Folge alter Adhäsionen kollabirte

aber die Lunge nicht unter dem Drucke des Ergusses und wurde an vielen Stellen nahe an die Brustwände gehalten. Am 24. Mai hat sich eine Ulzeration in dem Lungenparenchyme gebildet. Eine Folge derselben war die bedeutende Hämoptyse und eine weitere Folge Eintritt von Luft in den Pleurasack. - Diese bewirkte eine Erneuerung der Pleuritis. Dann hat sich eine Perforation in dem Interkostalraume gebildet, durch welche Luft und Flüssigkeit bis unter die äussere Haut trat und diese in Form eines Tumors hob. Hierauf wurde Luft und Flüssigkeit nach und nach theils absorbirt, theils ausgeworfen, so dass die Lunge allmählig wieder mit den Brustwänden in Kontakt kam; es geschah dieses aber nicht, wie sonst gewöhnlich, von unten aufwärts, sondern von oben abwärts, offenbar, weil die Lunge in ihrem Gipfel durch die Adhäsionen gestützt war und weil die Bronchialfistel nicht durch den oberen, sondern durch den unteren Lungenlappen ging. Daraus erklärt sich auch, dass unten in der linken Thoraxhälfte noch der tympanitische Perkussionston hörbar war, nachdem in dem oberen Zweidrittel das Vesikulargeräusch bei der Respiration sich bereits vernehmen liess. —

Eine am 29. Juli vorgenommene Besichtigung der Kranken ergab eine geringe Kontraktion der linken Brustseite, linke Schulter herabgesunken, rechte Schulter erhoben, rechte Brustseite ausgedehnt und voll. Perkussion links oben weniger helltönend, als rechts, aber ganz unten in der Rückengegend matt; schwaches Athmungsgeräusch mit geringer Krepitation in den oberen zwei Dritteln der linken Brustseite. Während der Einathmung vernimmt man etwas unter der Brustwarze einen Ton, als wenn Luft in eine grosse Höhle dringt und an dieser Stelle ist der Perkussionston tympanitisch. Das Herz ist mehr nach links oben getrieben, als es sein sollte. Auswurf nicht mehr vorhanden, Husten unbedeutend; dieselben Mittel wie früher.

Am 14. Januar 1854 zeigt sich die Kleine wieder; sie ist vollkommen gesund, blühend und kräftig. Keine Spur einer Deformität in dem Thorax; das Herz hat seine normale Lage und nirgends ist ein abnormer Ton hörbar.

V. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Medizinisch-chirurgische Gesellschaft in Edinburg.

Ueber Scharlach.

In der Sitzung vom 19. Januar 1853 hielt Hr. Dr. J. D. Gillespie einen Vortrag über eine Scharlachepidemie, welche im Herbste 1852 im Donaldson's Hospitale geherrscht hat. Dieses Hospital ist erst 1850 errichtet worden und ist eigentlich eine Erziehungs-Anstalt für ganz arme und verlassene Kinder; es liegt nahe an der westlichen Vorstadt von Edinburg und ist zur Aufnahme von 300 Kindern eingerichtet. Im vorigen Jahre, als die Scharlachepidemie ausbrach, hatte diese Anstalt jedoch nur 123 Kinder mit 26 erwachsenen Personen. Die Kinder sind in dem Alter von 8 bis 12 Jahren, und es waren 61 Mädchen und 62 Knaben. Unter den ersteren befanden sich 21, unter den letzteren 26 Taubstumme. Da jedes Kind bei der Aufnahme einen ärztlichen Nachweis mitbringen musste, wie sein Gesundheitszustand bis dahin gewesen ist, so konnte Hr. G. daraus ermitteln, dass von den Kindern 23, nämlich 9 Mädchen und 14 Knaben schon ein Mal das Scharlach gehabt hatten; unter diesen 23 Kindern waren 14 Taubstumme. Es ist diese Notiz nicht ohne Interesse, da sich daraus ein Schluss über die Rückfälligkeit der genannten Krankheit ziehen lässt. Zu den 26 erwachsenen Personen, die der Aufsicht und des Dienstes wegen die Anstalt bewohnten, kamen während des Verlaufes der Epidemie noch 7 zur ausserordentlichen Dienstleistung hinzu, so dass 33 Erwachsene in dem Institute lebten. Von diesen hatten, so viel sich ermitteln liess, 5 schon früher ein Mal das Scharlach gehabt und von diesen bekam Keiner einen Rückfall.

Der erste Fall von Scharlach zeigte sich in der Anstalt am 17. September 1852, etwa 14 Tage, nachdem die Kinder ihre Ferien hinter sich hatten, die die meisten auf Grund einer gewährten Unterstützung auf dem Lande oder in ihren eigenen Familien zugebracht hatten. Das Scharlach entwickelte sich nicht etwa allmählig, sondern fiel plötzlich auf die Anstalt, gleichsam wie ein Mehlthau, indem es in verschiedenen Theilen des grossen Gebäudes zugleich hervorbrach. In der ersten Woche kamen nicht weniger als 36 Kinder und 4 Erwachsene in die Krankenstation, und obwohl bei einigen die Krankheit nicht vollständig zum Aus-

brache kam, sondern nur bei den Verboten stehen blieb, so waren doch diese charakteristisch genug, um sie als Scharlachkranke betrachten zu müssen. Am 19. Dezember kam der letzte Fall von Scharlach vor, und vom 17. September an bis zu diesem Tage erkrankten im Ganzen daran 62 Kinder und 8 Erwachsene; dazu müssen aber noch mehrere milder verlaufene Fälle gezählt werden, die offenbar auch durch das Scharlachkontagium hervorgerufen waren, aber, weil die eigentlichen prägnanten Symptome ganz fehlten, nicht als wirklich Scharlachkranke aufgezählt werden konnten. Man findet bei jeder Epidemie und ganz besonders beim Scharlach, wenn dasselbe epidemisch herrscht, äusserst mild einhergehende Fälle neben sehr heftigen und dazwischen alle möglichen Abstufungen; bisweilen aber hat die Epidemie vom Anfang an bis zuletzt einen gleichartig barschen Charakter und es kommen da nur die Extreme vor, nämlich äusserst milde Fälle, die man kaum zur Krankheit zählen kann und daneben nur sehr ernste und ausgeprägte. So war es in der vom Herrn G. beobachteten Scharlachepidemie. Die vorherrschendsten Züge dieser Epidemie waren folgende: 1) Fast jedes Mal beim Anfange der Krankheit Uebelkeit und Erbrechen und zwar nicht selten einer grünlichen, biliösen Masse; 2) Erröthung des Rachens, ehe das Fieber eintrat oder wenigstens gleichzeitig mit dem Eintritte desselben; 3) ein mehr sthenischer als asthenischer Charakter des Fiebers; 4) eine sehr geringe Neigung zu heftigen Gehirnsymptomen; 5) ein gänzliches Fehlen der sogenannten malignösen Form des Scharlachs; 6) grosse Mildigkeit der Nachkrankheiten oder Folgen des Scharlachs, welche fast nur in Affektionen der Drüsen und des Zellgewebes am Halse bestanden und endlich 7) das Nichtvorkommen von Hydrops oder Eiweissharnen während oder nach dem Scharlach.

Im Ganzen hatte also die Epidemie einen sehr gutartigen Charakter, aber sie zeigte sich sehr beharrlich; dennoch glaubte Hr. G. in den von ihm beobachteten Fällen einige Unterschiede machen zu müssen und er klassifizirt sie nach der von Copland angenommenen Eintheilung, nämlich a) Scarlatina simplex — 27 Fälle; b) Scarlatina anginosa — 18 Fälle; es sind das solche gewesen, wo die Zunge und das Innere des Halses sehr angeschwollen und mit diphtheritischen Belegen theilweise bedeckt war, oder sich daselbst kleine Bläschen gebildet hatten; c) Scarlatina maligna — kein Fall; d) Scarlatina faucium — 22 Fälle; es waren dieses solche, wo die Scharlacheruption vorzugsweise in erysipelatöser

Röthung des Rachens und in Anschwellung der Mandeln bestand, und die äussere Haut wenig oder gar keine Eruption zeigte. Hieran schliessen sich e) zwei Fälle von Scarlatina latens, worunter Copland diejenige Form begriff, in der nicht nur der Ausschlag, sondern auch das primäre Fieber fehlte, sonst aber Angina vorhanden war und jedenfalls die charakteristischen Folgen des Scharlachs eintraten. Die Scarlatina latens unterscheidet sich demnach auch von der von anderen Schriftstellern angenommenen Scarlatina sine exanthemate. Bei letzterer ist jedenfalls Fieber vorhanden und ebenso die Affektion des Halses und nur der Ausschlag fehlt, und Copland nennt daher diese Form lieber, wie schon angegeben, Scarlatina faucium. Um diese Scarlatina latens noch näher in's Licht zu setzen, bemerken wir, dass Copland, Graves, A. Wood, Miller, Rowland u. A. zur Zeit grosser Scharlachepidemieen Fälle beobachtet haben, wo bei den der Ansteckung ausgesetzt gewesenen Subjekten ohne vorgängiges Fieber und ohne dass eine Eruption auf der Haut oder im Rachen stattgefunden hatte, der charakteristische Hydrops und die Anschwellung und Vereiterung der Halsdrüsen gerade so eingetreten war, wie bei denen, die das Scharlach in seiner ganzen Blüthe gehabt hatten. In den beiden von G. beobachteten Fällen von Scarlatina latens trat in dem einen (bei einem Knaben) die charakteristische Anschwellung der Parotiden ein, und in dem anderen (ebenfalls bei einem Knaben) zeigten sich Anschwellung und Vereiterung der Sublingualdrüsen. Auch einer der Erwachsenen, ein Lehrer, bekam unter Fieberbewegungen eine Anschwellung beider Parotiden, ohne dass sich sonst ein Symptom von Scharlach gezeigt hatte.

Befallen waren im Ganzen in der Anstalt 35 Mädchen und 37 Knaben, ausserdem 8 Erwachsene; diese Zahl scheint die Annahme mehrerer Autoren zu bestätigen, dass die Kinder weiblichen Geschlechtes mehr für das Scharlach empfänglich sind, als die männlichen Geschlechtes. Wollte man auf das im Institute beobachtete Verhältniss Gewicht legen, so könnte man auch annehmen, dass die taubstummen Kinder eine grössere Empfänglichkeit für das Scharlach besitzen, als die hörenden; denn obwohl die ersteren nur $^1/_3$ sämmtlicher im Institute befindlicher Kinder ausmachten, so zählten sie doch eben so viel Scharlachkranke als die hörenden Kinder, und interessant ist in dieser Beziehung auch noch, dass von den 11 Fällen, wo mit Bestimmt-

heit Scharlach schon früher ein Mal da gewesen und also jetzt zum zweiten Male wieder gekommen war, 10 taubstumme Kinder betrafen. Ob diese grössere Empfänglichkeit der taubstummen Kinder für Scharlach, wenn sie sich auch durch andere Beobachter bestätigen sollte, auf skrophulöser Anlage beruhe, ist sehr zweifelhaft, denn bis jetzt ist noch nicht erwiesen, dass diese Diathese die Empfänglichkeit steigert. Die im Institute gesammelten Erfahrungen wenigstens sprechen nicht für diese Ansicht, da viele vom Scharlach ergriffene Kinder durchaus nicht skrophulös waren, während andere mit deutlichem skrophulösem Habitus davon frei blieben. Aehnliches bemerkte Graves. Von allen vom Scharlach behafteten Kindern war im Institute kein einziges gestorben. Die Behandlung bestand in wiederholten warmen Bädern, milden Merkuriallaxanzen und einer diaphoretischen Mischung, bestehend aus Vinum Antimonii, Spiritus Nitri dulcis und Liquor Ammonii acetici. War der Hals im Inneren affizirt, so wurde er mit einer kräftigen Auflösung von Höllenstein bepinselt, während äusserlich auf den Hals Fomente, Kataplasmen oder Senfteige angewendet wurden. Ganz besonders erfolgreich erwies sich aber die Anordnung, dass, sowie das Fieber nachliess, die Kinder von oben bis unten mit Flanell bekleidet wurden. Dieser Anordnung misst es Hr. G. ganz besonders bei, dass fast gar keine Nachkrankheiten sich einstellten. Von den warmen Bädern, die auch Hr. Golding Bird empfiehlt, glaubt Hr. G., dass sie besonders geeignet sind, die Elimination des Scharlachgiftes durch die Haut zu begünstigen und auf diese Weise die Krankheiten zur Lösung zu bringen.

Nach einigen Bemerkungen über Hydrops und Eiweissharnen nach Scharlach schliesst Herr G. seinen Vortrag mit folgenden Sätzen: 1) das Scharlach zeigt, wenn es epidemisch auftritt, jedes Mal einen charakteristischen Typus, der während der ganzen Dauer der Epidemie vorherrschend bleibt, wenn auch innerhalb derselben dann und wann sehr verschiedene Varietäten beobachtet werden. 2) In manchen Epidemieen zeigt das Scharlachgift ein ganz besonderes Bestreben, anstatt sich durch die Kutis zu eliminiren, sich auf die inneren Organe zu werfen, und ganz besonders auf die Nieren, die dann eine Kongestion erleiden, in ihrer Funktion gestört werden und ein temporäres Eiweissharnen mit oder ohne Wassersucht bewirken. 3) Es kann aber, selbst in den Epidemieen, wo diese letztere Disposition des Scharlachs

vorherrscht, doch der Eintritt des Eiweissharnens und des Hydrops durch geeignete Behandlung aufgehalten oder modifizirt werden, und besonders in denjenigen Epidemieen, wo die genannte Disposition nicht vorwaltet, sind die letztgenannten Ereignisse dadurch zu verhüten, dass die Elimination des Giftes durch die Kutis auf jede Weise begünstigt und geschützt wird. 4) Daraus ergibt sich auch die eigentliche Indikation für die Behandlung des Scharlachs, die vorzugsweise in Förderung und Erhaltung der Hautausdünstung besteht.

In der hierauf folgenden Diskussion bemerkte zuvörderst Herr A. Wood, dass die sehr verschiedene Behandlung des Scharlachs, zu der sich die Autoren der früheren und der jetzigen Zeit bekannt haben, grossentheils von der Art der Epidemieen abhängig ist, in der sie ihre Erfahrung gesammelt haben. Gehen wir die Werke von Sydenham durch, so finden wir, dass derselbe während seiner langen Laufbahn keine anderen Scharlachepidemieen erlebt haben muss, als sehr milde, da er nur vorübergehend der Krankheit gedenkt. Die Erfahrung von Heberden stimmt mehr mit Dem, was wir in unseren Tagen beobachten, überein, denn er bemerkt unter Anderem, dass viele Fälle von Scharlach gar keiner Behandlung bedürfen, viele aber gar keine Behandlung zulassen. Hat ein Arzt während seiner langen Praxis fast immer nur milde Epidemieen erlebt, so kann er leicht auf den Gedanken kommen, dass seine Heilmethode diejenige ist, die die Krankheit am besten zu meistern vermag, und er baut sich dann eine Theorie, die er für sicher begründet hält. Er wollte es dem Herrn G. nicht wünschen, bösartige Scharlachepidemieen zu erleben, aber es ereigneten sich Fälle, wo alle Geschicklichkeit, Aufmerksamkeit, Umsicht und Energie des Arztes eitel wird, und seiner Ueberzeugung nach würde Herr G., wenn ihm solche Fälle vorkämen, eine ganz andere Anschauung erlangen. Er wolle nur kurz angeben, auf welche Weise das Scharlach sich tödtlich erweist und dem Arzte viel zu schaffen macht oder seinen Bemühungen spottet. Es sind dieses folgende Fälle: 1) Solche, in denen der Kranke plötzlich kollabirt, kalt und bleich wird, einen schnellen, kaum fühlbaren Puls hat, keine Reaktion zeigt und bisweilen Erbrechen oder Diarrhee darbietet. In solchen Fällen tritt der Tod in 1, 2, 3 Tagen ein, und es kann dabei selbst keine Affektion des Halses existiren. Manchmal tritt dieser Kollapsus erst mitten in der Krankheit ein, während diese bis dahin einen ganz regelmässigen

Verlauf zeigte. Der Ausschlag ist gut vorhanden, die Reaktion zeigt sich kräftig; plötzlich und ohne bekannte Ursache, und ohne dass eine stattgehabte Erkältung nachweisbar ist, verschwindet der Ausschlag, die Haut wird bleich und kalt, alle Reaktion ist vernichtet, das Kind kollabirt und stirbt. Herr W. hat auf den Gebrauch von Merkurialpurganzen ein solches Ereigniss eintreten gesehen. 2) Fälle, wo der Kollapsus mässiger, aber die Reaktion unvollkommen ist; die Haut ist nicht gerade kalt, aber sie ist kühl oder wenigstens nicht heisser als gewöhnlich; die Eruption ist nur partiell, von trübrother oder portweinartiger Farbe; der Hals im Inneren ist geschwürig und mit üblen Ausschwitzungen belegt; stinkender Geruch aus demselben; stinkende und reizende Sekretion aus der Nase und aus den Augen; oft heftiges Delirium oder Stupor; der Tod erfolgt hier in 5, 6 bis 14 Tagen. 3) Fälle, wo die Reaktion sehr beträchtlich ist; Ausschlag sehr verbreitet, kräftig, aber etwas in's Purpurrothe spielend; der Hals frühzeitig ergriffen; die Halsdrüsen angeschwollen, Zellgewebsentzündung am Halse, der Kehlkopf bisweilen affizirt. Dieses sind oft sehr üble Fälle, in denen der Kranke sehr leidet, und in welchen der Arzt vergeblich ankämpft; der Tod erfolgt hier gewöhnlich innerhalb 10 Tagen. 4) Fälle, in denen die primären Symptome nachgelassen haben, wo aber die Vereiterung der Halsdrüsen und des Zellgewebes am Halse so bedeutend wird, dass der Kranke an Erschöpfung und hektischem Fieber stirbt. 5) Endlich Fälle, wo die Krankheit sich auf die Nieren oder innere Organe wirft, und wo entweder Eiweissharnen mit den Folgen des im Blute zurückgehaltenen Harnstoffes oder spezifische Entzündung der Brust- oder Baucheingeweide u. s. w. sich einstellt; hier folgt der Tod zwischen dem 14. und 23. Tage.

Von allen diesen Fällen mögen allerdings ganz gewiss viele mit grossem Glücke bekämpft werden können, aber sehr viele rennen, so zu sagen, jeder Heilmethode trotzend, spornstreichs und ohne jeden Aufenthalt in den Tod. Allerdings besteht das erste Prinzip, welches uns in der Behandlung des Scharlachs leiten muss, darin, die Elimination des spezifischen Giftes zu veranlassen oder zu begünstigen; die Natur hat die Kutis als das Hauptemunktorium geradezu angewiesen, und es gilt als eine längst anerkannte Thatsache, dass eine recht kräftige Effloreszenz des Scharlachs auf der Haut bei guter Reaktion eine gute Prognose zulässt. Die Theorie führte also zur Anwendung von Diaphoreticis oder

solchen Mitteln, welche den Trieb nach der Haut vermehren und seit vielen Jahren schon hat dieses System fast allgemeine Anerkennung gefunden. Darin liegt durchaus nichts Neues, aber es kommt darauf an, welche Mittel dazu benutzt werden. Herr W. hat für diesen Zweck das Dampfbad sehr nützlich gefunden, welches er modifizirt und so angewendet hat, dass der Kranke dabei im Bette bleiben und nach Belieben das Bad wiederholt werden konnte. Der Kranke liegt im Bette, ist vollständig entkleidet und blos mit einem leinenen Laken umhüllt. Längliche Säcke aus Flanell, welche gross genug sind, mehrere Kruken aufzunehmen, werden in heisses Wasser getunkt und ausgerungen; dann werden Kruken mit kochend heissem Wasser gefüllt und fest zugekorkt, in diese Flanellsäcke hineingethan, und die so versehenen Flanellsäcke zu beiden Seiten des Kranken an seine blosse Haut gelegt, das ihn umhüllende Laken darüber geschlagen und mehrere wollene Decken auch noch darüber gebreitet. Die in den Flanellsäcken enthaltene Feuchtigkeit verwandelt sich in wirkliche Dämpfe, die den Kranken zunächst berühren und in 15 bis 20 Minuten entsteht ein sehr starker Schweiss, welcher durch reichliches Trinken von Wasser oder durch Darreichung von Liquor Ammonii acetici mit Spiritus Nitri dulcis unterstützt werden kann. Nach einer Stunde können die Flanellsäcke mit den Kruken entfernt werden, worauf der Kranke mit seinem gewöhnlichen Hemde bekleidet wird. Herr W. behauptet, sehr gute Erfolge von dieser Art Dampfbädern gesehen zu haben. Wo die Reaktion schwach ist, gibt er Reizmittel, und zwar das kohlensauere Ammonium zu 4 bis 5 gr., dreistündlich, oder wo Erbrechen stattfindet, eine kleine Dosis Branntwein. Den Dampfbädern misst Herr W. auch eine Verminderung der Tendenz zum nachfolgenden Eiweissharnen bei. Was die beim Scharlach vorkommenden Halsleiden betrifft, hält Herr W. Blutegel und reizendes Gurgelwasser für nachtheilig; er glaubt, dass Kataplasmen um den Hals und häufiges Ausspülen des Mundes und Rachens mit einem durch verdünnte Salpetersäure gesäuerten Wasser Alles ist, was in den meisten Fällen gethan zu werden braucht. Das Eiweissharnen, welches dem Scharlach nachfolgt, ist jetzt wohl allen gebildeten Aerzten hinreichend bekannt und wird gewiss auch von ihnen richtig gewürdigt und behandelt. In früheren Zeiten, wo man den Hydrops nach Scharlach als einen rein passiven Zustand oder als etwas Atonisches ansah und demgemäss mit Reizmitteln be-

handelte, muss manches Menschenleben dadurch zu Grunde gegangen sein. Jetzt besitzen wir in der Anwendung sowohl örtlicher, als allgemeiner deplethorischer Mittel, in der Anwendung von warmen oder Dampfbädern, Antimonialien und kräftigen Purganzen eine Heilmethode, welche sowohl mit gesunden theoretischen Ansichten stimmt, als sie sich bereits durch die Erfahrung bewährt hat. Sehr richtig mag es sein, dass in einer Scharlachepidemie die Tendenz zum Eiweissharnen und Hydrops stärker hervortritt, als in einer anderen; aber als die Hauptursachen dieses üblen Ereignisses hat Herr W. Erkältung, zu frühes Aufstehen und zu frühen Genuss thierischer Nahrung erkannt. Durch geeignete Behandlung des Scharlachfiebers in seinen letzten Stadien und durch die gehörige Sorgfalt kann in den meisten Fällen das genannte üble Ereigniss verhütet werden. Seiner Erfahrung nach, erklärt Herr W., müsse er das Dasein von Eiweiss im Urine während und nach dem Scharlach für ein übles Symptom erklären, und er sei zu dieser Bemerkung um so mehr gedrängt, als noch vor Kurzem von W., Begbie und Anderen der Versuch gemacht worden ist, das Eiweissharnen beim Scharlach als eine bisweilen heilsame Erscheinung darzuthun. — Herr W. schliesst seine Bemerkungen mit der Angabe, dass er in der Belladonna auch nicht die geringste prophylaktische Eigenschaft gegen das Scharlach erkannt habe.

In der ferneren Diskussion empfahl Herr Newbigging das Kali chloratum, mit Wasser verdünnt, zum Getränke ganz besonders neben warmen Bädern und milden, diaphoretischen Mitteln.

Société de Chirurgie in Paris.

Gefässmuttermäler oder erektile Geschwülste, behandelt durch Galvanopunktur.

Herr Denonvilliers stellt ein kleines Mädchen vor, das die Gesellschaft schon früher mehrmals gesehen hatte, bei welchem er gegen eine Hühnerei grosse, erektile Geschwulst am Halse die Galvanopunktur angewendet hat. Die Geschwulst pulsirte isochronisch mit den Schlägen des Herzens und ihr ganzes Aussehen erwies sie als deutlich arteriell. Die Galvanopunktur wurde 5 Mal angewendet und zwar in solchen Intervallen, dass die Elektrizität ihre das Blut gerinnende Thätigkeit vollständig beendigen konnte.

Anfangs waren die Wirkungen nur gering; es bildeten sich nur kleine Koagulationsinseln, allmählig aber schmolzen die Inseln zusammen und während der Tumor immer fester wurde, wurde er auch kleiner und pulsirte zuletzt noch an seiner Basis. Zwei Gefässe von einigem Kaliber, die in die Geschwulst hineinführten, konnten jedoch durch die Elektrizität nicht obliterirt werden und erhielten die Pulsation in dem unteren Theile des Tumors, so dass die Heilung nur eine unvollständige war. Hr. T. entschloss sich nun, den Tumor mit zwei halbmondförmigen Schnitten zu isoliren und ihn ganz wegzunehmen. Diese Operation, bei der die beiden Gefässe unterbunden wurden, hatte den gewünschten Erfolg und es blieb nichts übrig als eine unbedeutende Narbe. — Bei der Diskussion, die sich hierauf erhob, bemerkte Herr Verneuil, dass man sich hüten müsse, erektile Geschwülste, sobald in ihnen durch irgend ein Verfahren eine Gerinnung des Blutes bewirkt worden, gleich für vollständig geheilt zu halten. Ihren Charakter haben dann die erektilen Geschwülste allerdings verloren, aber sie sind in eine neue Art Tumoren umgewandelt, die nicht selten sehr hartnäckig sind und bisweilen sogar bösartig werden. In einem Falle war eine erektile Geschwulst durch Injektionen und eingeführte Nadeln in eine feste Masse umgewandelt; diese feste Masse blieb eine Zeit lang stationär, dann ulzerirte sie und wandelte sich in eine krebsartige Masse um. Man muss also auch diese festen Tumoren, in welche die erektilen Geschwülste umgewandelt sind, nicht bestehen lassen, sondern man muss sie so bald als möglich entfernen. Ein Mal hatte Hr. V. Gelegenheit, eine erektile Geschwulst von venösem Charakter, welche am oberen Augenlide sass und durch eingelegte Nadeln in eine feste Masse umgewandelt worden war, genau zu untersuchen. Die Masse hatte nämlich mehrere Monate sich vollkommen unverändert gehalten und man musste sie exstirpiren. Die Untersuchung ergab, dass sie in eine sehr feste Fettmasse umgewandelt war, welche von derben, fibrösen Scheidewänden durchzogen war. In der Mitte der Masse sah man eine grosse Menge sehr kleiner Kysten, von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Stecknadel, welche eine eiweissartige Flüssigkeit enthielten und sehr nahe neben einander standen, und es ist unzweifelhaft, dass, wenn man mit der Exstirpation gewartet hätte, ein sehr übles Gewächs daraus entstanden wäre.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankh. werden erbeten u. nach Erscheinen jedes Heftes gut honorirt.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben od. den Verlegern einzusenden.

[BAND XXIII.] ERLANGEN, SEPTBR. u. OKTBR. 1854. [HEFT 3 u. 4.]

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Zur Lehre von der Zungenhäutung (Zungenfratt). — Von Dr. Santlus zu Hadamar.

Obgleich die, seit jüngster Zeit mehrfach bekannt gewordenen Fälle von Zungenhäutung *), wenigsten einsoferne nicht als Krankheitsprozesse zu betrachten sind, als sie von keinem, das Allgemeinleben und die höheren Einzelfunktionen des Organismus störenden Veränderungen bedingt wurden, so ist denn doch dieser Häutungsprozess, als histologische Sondererscheinung des wissenschaftlichen Interesses und der Aufmerksamkeit werth, welche man ihm von verschiedener Seite gegenwärtig geschenkt hat. — Fand in früheren Zeiten das Gegentheil statt, so hatte dieses seinen Grund gewiss in nichts Anderem, als dass er keiner Medikation bedurfte und auch desfalls vielleicht von älteren Aerzten für keinen krankhaften Zustand gehalten worden ist. Gegenwärtig wird dieser Prozess deshalb mit Recht mehr Gegenstand der Beobachtung, weil er das Bereich der mikroskopischen Metamorphose, namentlich die abnorme Epithelialabstossung berührt, und mehr Licht darüber zu verbreiten im Stande ist. — Bekanntlich ist das Zungenschleimhautepithelium geschichtetes Pflasterepithelium und verdankt dem, aus seiner Tiefe — der Bindegewebsschichte — sich lagerweise aufeinander- und nachschichtendem Zellenblasteme, aus welchem sich

*) Möller in Königsberg sah die Zungenhäutung 6mal bei Erwachsenen als chronischen Prozess (deutsche Klinik 1852) und Betz in Heilbronn 5mal bei Kindern (Journ. für Kinderkr. 1853, 3. und 4. Heft).

die Epithelialzellen (in den tiefsten Schichten nur Zellenkerne) hervorbilden, sein Dasein. — Am ausgebildetsten ist es auch zunächst der Zungenwurzel, wo die horizontalen und vertikalen Muskellagen sich einander begegnen, und wo sich die wallförmigen Papillen (P. circumvallatae) befinden. Selbst die strukturlose Substanz, in welche sich die unterste Bindegewebsschichte der Schleimhaut verbreitet, ist an der Zunge viel stärker, als bei den übrigen Schleimhäuten, ein Umstand, der vielleicht schon auf häufige Integralerneuerungen von der Natur aus berechnet ist und darauf hinzudeuten scheint. — In der That findet eine solche Epithelialerneuerung im normalen Zustande nicht nur bei dem Pflasterepithelium der Zunge, sondern auch an der Epidermis regelmässig dadurch statt, dass sich die oberflächlichsten und ältesten Schichten fortwährend abschilfern und neue Epithelienzellen sich nachschieben. — Man sieht dieses in jedem Tropfen Speichel, wenn er jene Menge kleiner Hornblättchen zeigt; ferner auf der Epidermis, wenn sie jene puderartigen, abgeriebenen Oberhautblättchen darstellt, welche sich aus den neuen Kernzellen in der halbfesten, der Lederhaut sich anfügenden Hautschichte ausbilden, nach und nach durch den Verlust ihres Eiweissgehaltes zu mikroskopischen Blättchen verhornen und sich dann abstossen.

Auf der Zunge findet dieselbe Integralerneuerung statt und nach Engel ist die epitheliale Abschilferung nicht nur im Munde, sondern auch in den weiten Luftwegen im Kindesalter so normal, wie die Abschuppung der Epidermis. — Wahrscheinlich wurde sie auch von älteren Aerzten als eine solche angesehen und desfalls beinahe nirgends eine Spur davon in ihren Werken erwähnt. — Die von Möller zu Königsberg angeführten Fälle von chronischer Zungenhäutung bei sechs erwachsenen Frauen können demohngeachtet nicht zu diesen Normalitäten gerechnet werden, indem diese Abschuppung durchaus keine regel- und gleichmässige Abscherfungsfläche oder Abhäutungsschichte darstellt, sondern als unregelmässige, das Epithelium durchbohrende Flecken und Exkoriationen angetroffen wurden, welche zwar nie in tiefe Verschwärung übergingen und eben so wenig ein krankhaftes Sekret darboten —, aber die Zungenbewegung und das Essen behinderten, mithin Funktionsstörungen veranlassten und durch ihr Brennen sogar Schmerz hervorriefen. — Auch Betz will diese Erscheinungen des Zungenepitheliums „Pityriasis linguae“ genannt wissen, obgleich sie ihm in fünf Fällen nur als eine Abschuppung der Zun-

genwärzchen und niemals als Heilobjekt vorgekommen ist. — Nach Möller erschienen die abgehäuteten Stellen meist an den Rändern und an der Spitze der Zunge, nach Betz dagegen vorherrschend am Rande der Zungenspitze als rothe, rundliche Flecke mit bisweilen erhobenem Rande, ebenfalls ohne Sekretion, aber sich nach Innen hin fleckenartig vergrössernd. — Auch waren die abgeschilferten Stellen nicht einmal schmerzhaft und hatte sich die Zunge abgeschuppt, so kehrte der Prozess nach 3—6—8 Tagen wieder. Betz sah diese Exkoriation bei einem Knaben, wo sie schon 3 Jahre lang seit den ersten vier Wochen nach der Geburt bestanden hatte. Drei von seinen kleinen Kranken dieser Art hatten zugleich impetiginöse Ausschläge im Angesichte und auf dem Kopfe, ohne indessen weitere Krankheitsspuren darzubieten. Namentlich hatten sich die von Möller beobachteten Veränderungen in der Bewegung und dem Geschmackssinne der Zunge nicht eingestellt, auf welchen Umstand Betz als auf den Hauptunterschied dieses Prozesses zwischen Erwachsenen und Kindern das grösste Gewicht zu legen scheint. — Nach ihm besteht der Krankheitsprozess selbst in einer Abstossung des, an seiner Spitze in viele fadenförmige Fortsätze sich spaltenden, hornigen Epitheliums der Papillae filiformes oder einer einfachen Abschuppung der Zungenwärzchen. —

Ich habe folgenden Fall beobachtet. Bei dem gegenwärtig 2 Jahre alten Söhnchen des Herrn Professors M. beobachtete man seit den ersten 14 Tagen nach der Geburt, dass die Zunge von Zeit zu Zeit ganz weiss und dann wieder ganz roth gewesen, und dass dieser Farbenwechsel von einer zeitweiligen Abstossung der äussersten Schleimhautschichte begleitet gewesen ist, und schon ohne Unterlass bis in das zweite Jahr herauf angedauert hatte. — Sonst hatte man an dem Kinde nie etwas Krankhaftes wahrgenommen; es war vielmehr, wie man zu sagen pflegt, aus Milch und Blut zusammengesetzt, von blondem Haarwuchse und sehr zarter Körperkonstitution. — Nur zuweilen ist es zwischen den Beinen, in den Schenkelwinkeln fratt (Intertrigo) oder wund gewesen. — Nicht einmal der sonst Kinder so häufig treffende Kopfgneis hatte sich eingestellt. —

Ich sah den Knaben zum ersten Male im Monate April 1853, wo die Zunge gerade in der Abschuppung begriffen, auf ihrem Rücken eine inselförmig-, weiss- und dunkelroth gefleckte Oberfläche darbot, aber das Kind, wie schon angemerkt, in keiner

Weise sonst wo krank war. Deshalb wurde auch der Zustand keines therapeutischen Eingriffes gewürdigt. Da sich indessen in den verschiedenen Desquamationsperioden ein gewisser Typus, welcher sich durch Monate hineinzog, nicht verkennen liess, wurde demselben die entsprechende Aufmerksamkeit gewidmet, wobei folgendes Resultat sich ergeben hatte.

Am 1. Dezember war die Zunge, nachdem sie vom Monate April an regelmässig ihre abwechselnden Abstreifungen eingehalten, wie von einem feinen, weissen Mehlstaube bedeckt, der besonders die hervorragendsten Spitzen der Papillen überzog und der Zunge dadurch ein gepudertes Ansehen verschafft hatte. — Tagtäglich kondensirte sich dieser staubartige Anflug, nach und nach auch die Zwischenpapillenräume erfassend, zu einem kontinuirlichen, lockeren Zungenbeschlage, dem Oblatenbelege nicht unähnlich. Am 7. Dezember glich der Zungenrücken einer, wie mit Tünche überzogenen, aber noch lockeren Fläche. — Zwischen dem 9. und 10. erreichte er eine fast membranenartige, den Krupmembranen ähnliche Verdichtung, und Tags darauf begann die Abstreifung in folgender Weise:

Zunächst der Zungenwurzel, wo der Prozess jedesmal am vollkommensten sich ausgebildet hatte, sprang die zarte, membranöse Decke und hinterliess seichte (5—6‴ grosse) Längenrisse, die wie feine Haarfrissuren aussahen und denen sich allmählig seichte Nebenklüftungen anschlossen, welche nach und nach das ganze Stratum unterhöhlten und es in kleinen Fetzen abstiessen. — Bald folgten auch solche Zerklüftungen an den Rändern der Zunge und bogen sich seitwärts und einwärts nach ihrer Dorsalfläche. Unter der Zunge war dieser Prozess nie anzutreffen, aber auch die Ueberhäutung nie beobachtet worden. — Am längsten widerstand das Vorderdrittheil der Zunge mit ihrer Spitze der Abhäutung. Daselbst hatte sich aber auch der verdichtete Ueberzug immer am letzten eingestellt. — Die Desquamation, einmal im Gange, bildete von der Wurzel und den Zungenrändern her auf diese Weise inselförmig ineinandergreifende Defekte, welche, Exkoriationen gleich, binnen wenigen Tagen die ganze obere Zungenfläche einnahmen und gruppenweise, wie ausgeschnitten, den ineinanderfliessenden Plaques der Darmschleimhaut ähnlich sahen, und am 18. Dezember eine vollkommen reine, aber hochroth gefärbte Zunge zurückgelassen hatten. — Am 22. Dezember war letztere aber schon wieder wie weiss bereift und am 29.

die Abschilferung in vollem Gange, so dass die Zunge, ein weiss und roth geflecktes, landkartenartiges Aussehen darbot. — Am 9. und 20. Januar wiederholten sich dieselben Szenen, und am 11. Febr. war die Zunge wieder ganz abgehäutet und der grössere Theil der Zungenwurzel bereits schon wieder wie mit einem schimmelartigen Staube bedeckt und den 19. und 20. desselben Monates die Zunge wieder ganz roth. — Am 2. März sprang die, bereits den ganzen Zungenrücken in gewohnter Weise überziehende Hautdecke an der Wurzel in Form von haarförmiger Längenspaltung abermals, um den Abschuppungsprozess, wie er so eben beschrieben, und seit zwei Jahren gedauert hatte, zu vollenden. — Obgleich mit diesem Prozesse durchaus keine krankhafte, die Funktionen oder das Einzelnleben der Organe störende Komplikation in Verbindung stand, so war doch der Umstand merkwürdig, dass der angeführte Schenkelfratt eine ähnliche Periodizität beobachten liess. — Letztere, namentlich der Abstossungsprozess, war nämlich jedesmal dann am bedeutendsten, wenn die Zunge rein und mit keiner Abschuppungsschichte bedeckt war. Fand letzteres statt, so war dort die Röthe gebleicht, gelichtet; der exkorirte Umfang kleiner; die Haut trocknete und schuppte sich ringsum, so dass in der Mitte kaum noch einige nässende Punkte übrig blieben. — Wenn demnach die Zunge sich mit dem verdichteten Epithelialüberzuge weiss überzogen hatte, war die Intertrigo hochroth und nass. — Als vielleicht wesentlich muss noch bemerkt werden, dass der ganze Schleimhautüberzug des Mundes viel verdichteter als gewöhnlich angetroffen wurde, und auch eine überhäufte Speichelflüssigkeit fortwährend die ganze Mundhöhle ausfüllte, so dass eine Art Exkoriation in den äusseren Mundwinkeln nicht zu verkennen gewesen ist. — Von der ausfliessenden Mundflüssigkeit war niemals zu bemerken, dass sie sauer reagirt hätte. — Indessen wurde doch bei dem Auftröpfeln von Zitronensaft auf die Zunge der platte Ueberzug mehr punktförmig, eine kontinuirliche Fläche kleiner Koagulationskörnchen darstellend. —

Wegen des anhaltenden und massenhaften Ergusses von Mundflüssigkeit ist es gewiss ausser Zweifel, dass der Prozess nicht allein als eine Abhäutung, sondern auch als ein Erweichungsprozess der Zungenschleimhaut in Folge einer übermässigen Bespeichelung angesehen und der ganze Zustand unter dem Namen Zungenhyperphlyse, Zungenfratt (φλύω i. e. *madesco*) geeigneter Weise, bezeichnet werden dürfte — denn der Abschil-

ferung geht unstreitig die malazirende Auflockerung, namentlich des Bindegewebes, voraus, wodurch die Zellen, noch vor ihrer Abstossung, voneinandergerissen und dem beschriebenen, destruktiven Zerklüftungs- und Abhäutungsprozesse unterworfen werden. —

Der Zustand könnte mit Stomatitis membranacea verwechselt werden, aber der speckartige, pseudomembranöse Ueberzug über die ganze Mundschleimhaut bei letzterer, ihre vorausgegangene Röthung und Schwellung, die überall auf der Schleimhaut sitzenden kleinen, linsen- und erbsengrossen, rahmartigen, leicht abstreifbaren Plättchen, ihr dunkles, zuweilen braunrothes Kolorit sichern die Diagnose, wenn gleich auch das Uebel ebenfalls meist an der Zunge beginnt, und unter wiederholten exsudativen Nachschüben sich sogar flecken- und lappenartig abzustossen pflegt.

Bei der angegebenen Zungenhäutung ist es lediglich die Zungenrückenschleimhaut, welche jene Veränderungen darbietet, wogegen auch selbst der Soor der Neugebornen in seiner eigentlichen Form in einer Pilzbildung (Thallusfäden und Sporen) besteht und sich sogar auf das Zahnfleisch und die Lippen ausdehnt. — Bei dem Zungenhäutungsprozesse ist das wuchernde Epithelium oder der membranöse Zungenüberzug nicht leicht abzuschälen, wogegen bei dem, im ganzen Munde verbreiteten Soor, trotz seiner ähnlichen Abstossung des Epitheliums, dieses sehr leicht, ja schon durch Abreiben mit gepulvertem Zucker, bewerkstelligt werden kann. — Ausserdem ist der Soor meist Folge von Gährung des leicht organisirbaren Schleimes, so wie auch erschöpfender Krankheitsprozesse. Es besteht also bei letzterem noch ein veränderter Chemismus; bei dem einfachen Zungenfratt dagegen ist die Grundlage des Absonderungsproduktes der, weder sauer, noch auch rein alkalisch (also neutral) reagirende Schleim, oder das gewöhnliche Gemenge von Schleimstoff, Epitheliumzellen, Fett, Salzen, Wasser u. s. w. — Die Bezeichnung „Zungenfratt" betreffend, so hat er in der That mit der Intertrigo infantilis oder mit der Paedophlysis madescens (Fuchs) die grösste Aehnlichkeit, nur dass beide Prozesse durch ihren spezifischen Sitz verschieden sind. Auch Intertrigo infantilis zeigt sich da besonders, wo eine durch die Natur begünstigte Erhöhung der Sekretion der Haut vorhanden ist. Dieses ist der Fall, wo sich die äussere Hautfläche durch Faltenbildung gleichsam mit zwei Polarflächen gegenübertritt, wie z. B. in der Schaamgegend, unter den Achseln, hinter den Ohren u. s. w. — Auch hier erweicht und zerklüftet sich zuerst die

Epidermis, um sich in Gestalt kleiner, oft auch zusammengerollter Blättchen abzustossen, wobei dann die ganze abgehäutete Stelle rohem Fleische, dem auch bei der Zungenaffektion die rothe Zunge, ähnlich sieht und ebenfalls eine vermehrte Flüssigkeit absondert. — Auch folgen die Epidermalabschilferungen eben so periodisch und sind sogar bei bösartigem Charakter im Stande, sich nach dem Munde, dem After und bei Kindern weiblichen Geschlechtes selbst in die Scheide zu verbreiten, wo sie zuweilen als Intertrigo maligna das Leben in Gefahr setzen. — Eine ähnliche Wesenheit lässt sich demnach bei beiden Prozessen nicht verkennen, so wie das meiste Interesse des letztgenannten Falles die fast regelmässig periodische Abschuppung darbietet. — Nach dem geistreichen Schultz von Schultzenstein gehört dieser Prozess unter die Formmauser, Epithelialmauser, wo die, durch stete Nachschübe von regenerirtem Pflasterepithelium verdichtete Mauserdecke der Zunge einer sichtlichen Abstossung (Abmauserung) unterworfen ist, oder auch unter die Stoffmauser, weil zugleich eine chemisch vermehrte Verflüssigung der Mundflüssigkeit vorhanden ist, welche die Formmauserung zu bedingen scheint. —

Erlebnisse aus der Kinderpraxis, von Dr. Joseph Bierbaum, praktischem Arzte in Dorsten. — Erste Abtheilung: Krankheiten des Gehirnes und der Sinnesorgane. — I. Hydrocephalus acutus.

Vorerinnerung.

Wir sind Willens, unter der Ueberschrift: „Erlebnisse aus der Kinderpraxis“ das Ergebniss unserer 20jährigen Erfahrung im Gebiete der Kinderkrankheiten in diesem Journale dem ärztlichen Publikum mitzutheilen, und geben die beobachteten Fälle, ohne uns jedoch strenge an eine schulgemässe Eintheilung und Darstellung zu binden, so wieder, wie sie an der Wiege der kranken Kinder aufgezeichnet wurden. Wir weilten stets — wir dürfen es wohl sagen — mit einer gewissen Vorliebe an der Wiege der Kleinen, und suchten den Gang ihrer Krankheiten möglichst genau zu beobachten. Eine nackte Aufzählung der Fälle, die sich unserer Beobachtung darboten, schien uns jedoch nicht rathsam.

Dieses gab uns Veranlassung, jede abzuhandelnde Krankheit in kurzen Umrissen pathologisch und therapeutisch darzustellen.

Es lag aber durchaus nicht in unserem Plane, eine Monographie über Kinderkrankheiten zu schreiben, wiewohl wir die überwiegende Mehrzahl der Leiden, welche im kindlichen Alter vorkommen, aus eigener Erfahrung kennen. Augenblicklich bezweckten wir nichts Andres, als nur einen Beitrag zu der Kenntniss der wichtigsten Kinderkrankheiten zu liefern, und hielten bei ihrer Darstellung vorzugsweise den angehenden Arzt im Auge. Dieses mag entschuldigen, wenn an einzelnen Stellen weiter ausgeholt wurde, als es wohl der gereiftere Praktiker wünschen dürfte. Wir für unseren Theil hätten es dankbar anerkannt, wenn wir in früheren Jahren auf so manche Klippe aufmerksamer gemacht worden wären.

Wer hier nichts als Neues zu finden glaubt, der könnte sich wohl täuschen. Wir wollen nur der Erfahrung Anderer gegenüber unsere Beobachtungen und Ansichten mittheilen. Ist doch auch das Neue noch lange nicht immer zum Frommen der Kunst und Wissenschaft! Der reelle Werth stempelt es erst als wirklichen Fortschritt.

Wir beginnen hier mit der Lehre vom Hydrokephalus und haben dieselbe aus einem doppelten Grunde so ausführlich bearbeitet. Einerseits erforderte dieses die Wichtigkeit des Gegenstandes selbst, und andererseits sollte diese Mittheilung eine Zugabe zu unseren früheren Arbeiten über dieses Hirnleiden sein, die, wenn sie vereint werden, eine vollständige Monographie ausmachen. Da diese Arbeiten in verschiedene Zeitperioden fallen, so darf es nicht befremden, wofern man einzelnen Wiederholungen begegnet, die, so lange die einzelnen Abhandlungen nicht zu einem Ganzen verbunden sind, füglich nicht umgangen werden konnten.

Indem wir nun unsere Erlebnisse aus der Kinderpraxis der ärztlichen Welt übergeben, wünschen wir nichts mehr, als dass sie der Kunst und Wissenschaft förderlich sein mögen. — Dorsten im Juli 1854.

Erste Abtheilung.
Krankheiten des Gehirnes und der Sinnesorgane.

I. Hydrocephalus acutus.

In jüngster Zeit hat man das in Rede stehende Hirnleiden der Kinder in zwei Formen getrennt, und die eine als Meningitis

simplex, die andere als Meningitis tuberculosa s. granulosa bezeichnet. Es war allerdings an der Zeit, dieser Krankheit einen Namen beizulegen, der unserem Geiste einen klaren Begriff von ihrem Wesen gibt. Die Benennung Hydrocephalus acutus, Hydrops ventriculorum cerebri acutus und Febris hydrocephalica gründen sich auf einzelne, nicht einmal immer vorhandene Symptome; während die Benennung Cephalitis, Encephalitis, Encephalomeningitis, Arachnoiditis infantum und andere sonstige Namen eine dem kindlichen Alter eigenthümliche Entzündung des Gehirnes oder seiner Hüllen statuiren. Jedenfalls ist die Bezeichnung der Krankheit als Meningitis simplex und Meningitis tuberculosa oder granulosa eine viel gelungenere und richtigere, als alle übrigen, wiewohl auch sie den fraglichen Krankheitsprozess nicht in seiner Totalität auffasst. Es gibt bekanntlich ein Hirnleiden der Kinder, welches im Leben dieselben Symptome darbietet, und in der Leiche weder eine einfache, noch eine tuberkulöse Meningitis nachweist. Dieser Affektion scheint nur eine durch Reizung bedingte dynamische Störung des Hirnlebens zu Grunde zu liegen. Einige führen sie als die nervöse Form des in Rede stehenden Hirnleidens auf.

Physiologischer Charakter.

Eine Symptomenreihe, die mit Schwinden der gewöhnlichen Gesichtsfarbe, Abmagerung, Verfall der Kräfte, Störungen im Verdauungssysteme, psychischer Verstimmung, Kopfschmerz, Schwindel, Schlummersucht, Aufschrecken im Schlafe, Träumen, Delirien, Lichtscheu, Empfindlichkeit des Gehörs, Erbrechen, Stuhlverstopfung, sparsamer Urinsekretion, seufzerartiger Respiration, Fieberhaftigkeit und Unregelmässigkeit im Pulse anfängt, und später mit Apathie, Verlust der Reizbarkeit der Sinnesorgane, Koma, Konvulsionen und Lähmung endet, — diese Symptomenreihe belegt man mit dem generischen Namen „Hydrocephalus acutus.“ Der mannigfaltige Wechsel einzelner Erscheinungen und die eigenthümliche Kombination kontrastrirender Symptome in den ersteren Perioden dieser Krankheit sind von grossem Interesse und hoher Bedeutung (s. meine Schrift über die Diagnose des hitzigen Wasserkopfes. Berlin, 1848. S. 12—17). Wir haben nie einen Fall gesehen, wo dieses Hirnleiden einen intermittirenden Charakter hatte, vielmehr verlief es immer in stetiger Reihenfolge. Selbst die vorerinnernden Symptome, welche längere Zeit vor dem wirklichen Ausbruche der Krankheit bestanden, hatten keinen aus-

geprägt intermittirenden Charakter, sondern intermittirten nur scheinbar.

Der physiologische Charakter, welcher jenem oben angegebenen Symptomenkomplex zu Grunde liegt, ist nicht in allen Fällen ein und derselbe. Abgesehen davon, dass dieses Hirnleiden bald hyperakut, bald akut, bald subakut verläuft, und in dem einen Falle idiopathisch, in dem anderen dagegen symptomatisch oder konsekutiv ist, hat dasselbe manchmal ganz entschieden einen inflammatorischen, manchmal aber keinen deutlich ausgesprochenen entzündlichen Charakter. Jedoch steht im letzteren Falle der Krankheitsprozess der Entzündung nahe und mit ihr in einem Verwandtschaftsverhältnisse.

Die rein inflammatorische Form, die wir als Meningitis simplex bezeichnen, befällt in der Regel rasch und gewöhnlich solche Kinder, deren Wohlsein früher gar nicht oder doch nicht besonders auffallend gestört war. Ein hitziges Fieber, frequenter und harter Puls, erhöhte Temperatur, brennende Hitze am Kopfe, starkes Klopfen der Karotiden und Schläfenarterien, Röthe der Wangen, grosse Lichtscheu, Delirien, heftiger Kopfschmerz und Erbrechen sind Erscheinungen, die den Eintritt der Krankheit und ihre entzündliche Natur bezeichnen. Diese Form ist nur eine zufällige, lethale Affektion der Meningen, bedingt durch irgend eine zu der Prädisposition hinzugetretene Gelegenheitsursache. Sie ist keine dem kindlichen Alter eigenthümliche Entzündung des Gehirnes oder seiner Hüllen, sondern ein Gemeingut aller Lebensperioden.

Anders verhält es sich dagegen bei der zweiten Form. Hier treten einerseits die akuten Zufälle erst nach kürzere oder längere Zeit vorausgegangenem Unwohlsein ein, und andererseits werden nur skrophulöse oder tuberkulöse Kinder oder solche, deren Aeltern an Skrophulose oder Tuberkulose leiden, von der Krankheit befallen. Diese Form kommt ausschliesslich dem kindlichen Alter zu, ist aber keine einfache Entzündung der Meningen, sondern ein durch die skrophulöse oder tuberkulöse Kachexie modifizirter entzündlicher Krankheitsprozess. Sie hat einen skrophulösen oder tuberkulösen Boden, auf dem sie keimt und von unten nach oben stark wuchert, und trägt in ihrer Entwickelung ganz entschieden einen skrophulösen oder tuberkulösen Charakter, der sich durch die Ablagerung von Granulationen auf der Pia mater deutlich ausspricht.

In praktischer Hinsicht ist es ein grosser Uebelstand, dass sich die Meningitis simplex nicht immer mit völliger Gewissheit während des Lebens von der Meningitis tuberculosa s. granulosa unterscheiden lässt. Die Anamnese kann nur allein Aufschluss geben. Dieses diagnostische Moment verliert aber wieder an Werth, wenn das vorausgegangene Unwohlsein nur geringfügig war und von wenig besorgten Aeltern übersehen wurde, oder sich nur von wenigen Tagen her datirt. Andererseits ist wohl zu berücksichtigen, dass der Meningitis tuberculosa s. granulosa keineswegs immer längere Zeit auffallende Vorboten vorhergehen. Haben sich bereits die akuten Zufälle eingestellt, so findet zwischen diesen beiden Formen keine Differenz mehr statt. Bei deutlich ausgesprochener skrophulöser Konstitution eines Kindes, bei Anschwellung der Halsdrüsen oder bei Vorhandensein eines anderweitigen Uebels, das auf skrophulöse oder tuberkulöse Kachexie hindeutet, schliesst man gewöhnlich, sobald die bekannten Hirnsymptome erscheinen, auf Meningitis tuberculosa s. granulosa. Dieser Schluss ist allerdings gerechtfertigt, aber keineswegs über allen Zweifel erhaben. Die Leichenschau überzeugt uns nicht selten von einem verzeihlichen Irrthume, indem sich weder im Gehirne Tuberkeln, noch in den Meningen Granulationen vorfinden.

Rilliet und Barthez rechnen auch solche Fälle, wo sich keine Tuberkeln in der Pia mater nachweisen lassen, zur tuberkulösen Meningitis, sobald sie nur in anderen Organen angetroffen werden. Dieses ist aber eine rein willkührliche Annahme, die sich auf ein unhaltbares Moment gründet. Das lediglich Vorkommen von Tuberkeln in den Lungen und Bronchialdrüsen, so wie in den Organen des Unterleibes, bekundet zwar das Vorhandensein einer tuberkulösen Kachexie, aber beweist keineswegs die tuberkulöse Natur der hinzugetretenen Meningitis. Ist doch die Ablagerung von Granulationen in den Meningen das einzige pathognomonische Zeichen der Meningitis tuberculosa s. granulosa.

Von überaus grosser Wichtigkeit ist es, den physiologischen Charakter der Symptome, welche kürzere oder längere Zeit dem wirklichen Ausbruche dieses Hirnleidens vorangehen, richtig aufzufassen. Schon anderswo (S. meine zitirte Schrift S. 2—6.) haben wir die ersten Spuren dieser Krankheit näher zu bezeichnen gesucht. Wir begegnen hier einer doppelten Reihe von Zufällen, von denen sich die eine auf eine Störung des Hirnlebens, die andere dagegen auf eine Störung des Verdauungssystemes be-

nicht. Ueber die Präexistenz dieser oder jener Reihe, so wie über ihre physiologische Bedeutung, herrschen noch verschiedene Ansichten.

Robert Whytt fasste die Vorläufer in wenigen Worten zusammen, indem er sagt: „Die mit Hydrops ventriculorum behafteten Kinder bieten mehrere gleich zu beschreibende Symptome vier, fünf, sechs Wochen und noch länger vor dem Tode dar. Sie verlieren zuerst den Appetit und ihre Lebhaftigkeit; sie werden mager, bleich; sie haben immer einen frequenten Puls und etwas Fieber." Er kannte mithin ihre Bedeutung und den chronischen Verlauf, irrt aber, wenn er glaubt, dass diese Vorboten von einem noch nicht bedeutenden Exsudate herrühren. Spätere Untersuchungen lehrten, dass die Wasseransammlung in den Ventrikeln kein bloser hydropischer Erguss sei, sondern das Produkt eines entzündlichen Krankheitsprozesses. Dieses war der erste Schritt zur richtigen Auffassung dieses Hirnleidens. Gölis schildert das Stadium der Turgeszenz weit umfassender, beschränkt aber im Widerspruche mit den Beobachtungen Anderer die Andauer dieser Periode nur auf acht bis vierzehn Tage. Indem er das fragliche Hirnleiden für eine rein örtliche Entzündung hält, räumt er in seiner Beschreibung des ersten Stadiums den Hirnzufällen den ersten Platz ein. Es ist auffallend, dass Rufz und Gerhard, die diesem Hirnleiden eine so grosse Aufmerksamkeit schenkten, die Vorläufer mit Stillschweigen übergehen. Dagegen nimmt Green, der sich nicht weniger, wie diese beiden Aerzte, um die Aufdeckung der tuberkulösen Natur dieser Krankheit verdient gemacht hat, wieder die gebührende Aufmerksamkeit auf die vorangehenden Zufälle, die mitunter zwei, drei, vier Monate und länger andauern. Auch er legt auf die Hirnsymptome das meiste Gewicht, und leitet sie von einer chronischen Meningitis ab.

Während diese drei Aerzte, denen Andere in ihrer Ansicht gefolgt sind, vorzugsweise die Hirnzufälle im ersten Beginne dieser Krankheit berücksichtigen, bringt Rilliet die Vorboten auf Rechnung einer allgemeinen Tuberkulose oder Skrophulose, deren anatomisches Symbol, wie ein geistreicher Arzt sagt, der Tuberkel ist. Er führt als Beweis an, dass die Tuberkeln zuerst die Lungen und Bronchialdrüsen befallen, und sich erst konsekutiv in den Hirnhäuten ablagern. Einen anderen Beweis nimmt er her von dem Verhältnisse zwischen der Dauer der Vorboten und der Ausbreitung der Tuberkulose. Je vollkommener die Prodrome

seien und je länger sie andauern, desto zahlreicher, allgemeiner verbreitet und grösser seien auch die Granulationen. In jenen Fällen, wo die Meningitis ohne Vorboten begonnen habe, sei die Tuberkelbildung nicht so weit vorgeschritten und nicht so allgemein verbreitet. Auch seien die Granulationen in geringer Anzahl vorhanden, sehr klein, grau und nicht gelb, und nur einige Organe seien ergriffen. Diese Behauptung wird von Anderen bestritten. Rilliet selbst gesteht, dass, wenn die Meningitis lange Zeit gedauert habe, die Tuberkelbildung zugleich mit den akuten Symptomen der Meningitis fortschreiten könne, und dann seien die Organe mit vielen Granulationen infiltrirt.

Es ist allerdings eine unläugbare Thatsache, dass Abmagerung, Schwinden der gewöhnlichen Gesichtsfarbe, verminderte Esslust, Gleichgültigkeit gegen Speisen und Getränke, weisser oder gastrischer Zungenbeleg, Unregelmässigkeit in der Stuhlausleerung, Verstopfung mit gelindem Durchfalle abwechselnd, periodischer Bauchschmerz, sowie psychische Verstimmung, zu den allerfrühesten Symptomen dieses Hirnleidens gehören, und auf einen tuberkulösen Krankheitsprozess hindeuten. Aber in anderen Fällen bestehen auch gleichzeitig Erscheinungen, die auf ein Ergriffensein des Gehirnes hinweisen. Die Kinder klagen über Kopfschmerz, träumen viel, sind des Nachts unruhig und schrecken im Schlafe auf. Auch haben sie zeitweise Kongestionen gegen den Kopf. Wenn Rilliet wiederholt behauptet, dass der Kopfschmerz zu den unbeständigsten Symptomen gehöre, so muss ich ihm nach meiner Erfahrung widersprechen. Ebenso bin ich nicht der Meinung, so grosses Gewicht ich auch auf die skrophulöse oder tuberkulöse Diathese lege, dass der zeitweise eintretende Kopfschmerz, die Schmerzen in den Waden, die chronische Kontraktur, die Konvulsionen immer von den Tuberkeln bedingt werden. Muss es doch auffallen, dass diese Zufälle einerseits auch eintreten, wenn keine Tuberkeln zu Grunde liegen, und dass andererseits dieselben nicht beobachtet werden, wo Tuberkeln vorhanden sind. Es ist eine bekannte Thatsache, dass die Granulationen in den Hirnhäuten gar nicht selten in einem latenten Zustande bleiben, ohne irgend ein Symptom hervorzurufen. Selbst in jenen Fällen, wo eine chronische, ja sogar eine akute Entzündung in der Umgebung bestand, veranlassen sie zuweilen durchaus keine Zufälle. Man darf daher wohl annehmen, dass noch ein anderes Organ wenigstens mitwirksam sei. Wenn wir

uns auch aus den angegebenen Gründen zu diesem Schlusse berechtigt glauben, so wollen wir doch keineswegen behaupten, dass die in den Meningen oder im Gehirne selber abgelagerten Tuberkeln nicht unter gewissen Umständen die Ursache des Kopfschmerzes und der Konvulsionen seien. Der Tuberkel ist, wie wir wissen, für das Organ, in welchem er seinen Sitz aufschlägt, etwas Fremdes. Das betreffende Organ zeigt daher Tendenz, diesen fremden Körper auszustossen. Schönlein betrachtet diese Tendenz, welche sich in den verschiedenen Organen auf verschiedene Weise äussert, nicht als ein eigentliches Krankheitssymptom, sondern als eine Heilbemühung der Natur.

Was die Tuberkeln zu den Meningen determiniren, wissen wir nicht. Die Annahme, dass die Meningitis tuberculosa s. granulosa eine konstitutionelle Affektion sei, die sich zufällig auf die Meningen werfe, gibt keinen ganz befriedigenden Aufschluss. Wahrscheinlich haben die öftweisen Kongestionen gegen das Gehirn an der Ablagerung der Granulationen in den Hirnhüllen einen grossen Antheil bei vorhandener skrophulöser Kachexie. Bouchut glaubt, dass ein latenter Entzündungsprozess in den Meningen vor sich gehe, der im Stande sei, Granulationen entstehen zu lassen. Eine akute Entzündung durch diese Granulationen oder durch eine andere, an und für sich unbedeutende Ursache veranlasst, trete zu den bestehenden Gewebsveränderungen hinzu, um dem Leben der Kleinen ein Ende zu machen.

Anatomischer Charakter.

Anatomisch lassen sich drei verschiedene Formen des unter dem Namen „Hydrocephalus acutus“ bekannten Krankheitsprozesses nachweisen. Die erstere Form charakterisirt sich ganz entschieden als eine reine Entzündung der Meningen, die zweite manifestirt sich als eine entzündliche Affektion tuberkulösen Charakters, die dritte dagegen bietet keine Zeichen dar, wie sie gewöhnlich bei der Entzündung vorkommen.

Erste Form. In der Mehrzahl der Fälle ist, wie Rokitansky angibt, die dem akuten Hydrokephalus zu Grunde liegende anatomische Störung eine Meningitis auf der Basis des Gehirnes, und zwar ist diese selbst wiederum in der Mehrzahl der Fälle eine Meningitis mit einem gelben tuberkulösen Exsudate. Diese Ansicht theilen auch die französischen Aerzte.

Die harte Hirnhaut zeigt selten besondere Abnormitäten. Die

Sinus enthalten bald eine grössere Menge Blut, bald wieder nicht. Die Arachnoidea ist gewöhnlich trocken, matt, trübe und glanzlos, und weist selten Hyperämie nach, noch seltener enthält sie in ihrem Sacke ein seröses Exsudat, Eiweissflocken oder Pseudomembranen. Nur Senn und Becquerel führen zwei solche Fälle an.

Dagegen ist die Pia mater stark entzündlich injizirt. Die entwickeltsten Blutgefässe finden sich an der Basis des Gehirnes und in der Sylvischen Spalte. Auch sieht man an der Basis die stärkste Infiltration. Die Pia mater hat bald ein opalisirendes Aussehen, bald ist sie mit einer blutigen oder mit einer mehr oder weniger durchsichtigen Lymphe infiltrirt, und enthält eine gelbe, zerreibliche, speckartige Masse, die sich manchmal nur zwischen den Hirnwindungen vorfindet und dieselben gleichsam zusammengeleimt hat. In heftigen Fällen der Krankheit hängt sie oft fest mit dem Gehirne zusammen. Beim Abziehen gewahrt man dann eine Menge rother Punkte auf einer röthlichen Unterlage, die sich als abgerissene Kapillargefässe zu erkennen geben. Gewöhnlich verbreitet sich die Entzündung nur über die Oberfläche des Gehirnes, selten dringt sie tiefer in die Marksubstanz. In dem einen wie in dem anderen Falle ist in der Regel die Entzündung nur partiell.

Das Gehirn selbst hat ein grösseres Volumen, die Windungen sind abgeplattet und liegen nahe zusammen. Die Gefässe der Marksubstanz sind mit Blut überfüllt. Die Centraltheile des Gehirnes befinden sich in einem Zustande von wässeriger Erweichung, wenn sich auch die Oberfläche dieses Organes noch fest anfühlt.

Das Ependyma der Ventrikel zeigt eine wässerige Infiltration. Die Ventrikel selbst enthalten ein farbloses und durchsichtiges, oder ein trübes, flockiges, sehr oft Eiter absetzendes Fluidum. Die Menge dieser Flüssigkeit wechselt. Im Allgemeinen ist die Quantität um so geringer, je rascher die Krankheit verläuft, und umgekehrt.

Zweite Form. In vielen Fällen findet sich auf der Pia mater oder in der Dicke dieser Membran eine bald grössere bald kleinere Anzahl von weisslichen, graulichen, halbdurchsichtigen oder undurchsichtigen Granulationen, deren Grösse von der eines Hanfkornes bis zu der eines Stecknadelkopfes variirt. Diese Granulationen sind, wie die gelbliche sulzartige Ergiessung in der

ersten Form, vorzugsweise auf der Basis des Gehirnes und in der Fissura Sylvii und zwischen den Hirnwindungen abgelagert. Sie folgen dem Laufe der grösseren Gefässe, umgeben sie und begleiten sie eine gewisse Strecke. Rilliet und Barthez wollen sie häufiger auf der konvexen Oberfläche des Gehirnes als an der Basis beobachtet haben. Zuweilen dringen sie selbst in die Kortikalsubstanz des Gehirnes ein.

Ausserdem findet man eine seröse Ausschwitzung, deren eiweissstoffige Bestandtheile wechseln. Manchmal enthalten die Seitenventrikel eine so enorme Menge Flüssigkeit, dass die Scheidewand zerreisst. Der Farbe nach ist sie bald hell und klar, bald trübe. Das Gehirn selbst turgeszirt, und die Zentraltheile befinden sich in einem Zustande wässeriger Infiltration und breiigen Zerfliessens.

Den französischen Aerzten gegenüber hält Rokitansky die Meningitis tuberculosa für eine akute Tuberkel-Ausscheidung, für eine akute Tuberkulose. Es sei ein Exsudativ-Prozess, der das Ergebniss einer bei weitem nicht zur Entzündungs-Stase gediehenen Hyperämie (Kongestion) sei.

Die tuberkulöse Natur dieser Granulationen wird von einigen Aerzten bestritten. So hält James R. Bennet sie für eine Ablagerung von Lymphe, die partiell organisirt worden sei. Bouchut behauptet geradezu, Alle hätten sich getäuscht, denn die mikroskopische Untersuchung habe auf das Bestimmteste bewiesen, dass diese Granulationen der serösen Häute nur aus zartfaserigem Gewebe bestehen und keine tuberkulöse Natur haben. Sie sind, wie er angibt, zusammengesetzt:

1) Aus zartfaserigen Elementen, sowohl Kernen als spindelförmigen Fasern. Erstere sind oval oder rund und gewöhnlich sehr klein, und lassen sich mit einer weniger als 550fachen Vergrösserung schwerlich von den tuberkulösen Elementen unterscheiden; letztere sind spindelförmige Fasern und selten.

2) Es findet sich eine grosse Menge homogener amorpher Substanz, mit feinen Körnchen durchsäet. Diese Substanz ist sehr dicht und hält die übrigen Elemente ganz innig zusammen, so dass man sie nur sehr schwer vollkommen isoliren kann.

3) Gefässe sind hier wenig anzutreffen, ebenso Zellgewebefasern, oder sie fehlen vollständig.

Man darf diese Granulationen wohl für Tuberkeln halten, weil ihre chemischen und mikroskopischen Eigenschaften, wie an-

derweitige Untersuchungen nachgewiesen haben, mit denen der Tuberkeln anderer Organe übereinstimmen. Ueberdies spricht dafür das gleichzeitige Vorkommen von Tuberkeln in anderen Organen. Auch steht ihre Menge nicht in direktem Verhältnisse zum Grade der Entzündung. Sie werden nach dem Tode ohne begleitende Entzündungserscheinungen und ohne im Leben beobachtete Kopfsymptome gefunden.

Dritte Form. Man findet bei dieser Form, die nicht allein im kindlichen Alter, sondern auch in jeder anderen Lebensperiode vorkömmt, keine Zeichen, welche eine Entzündung des Gehirnes oder seiner Hüllen konstatiren. Die Ventrikel enthalten eine klare, farblose oder durch die Vermischung mit den zertrümmerten Hirntheilen trübe gewordene Flüssigkeit. Aber nicht immer findet sich ein Exsudat. Bei sehr akutem Verlaufe der Krankheit nimmt man in einzelnen, aber höchst seltenen Fällen keine anatomische Verletzung in dem Ependyma der Ventrikel und in den zunächst anliegenden Theilen wahr. In der Regel aber trifft man, wie in den beiden ersten Formen, die Zentraltheile in einem Zustande von wässeriger Imbibition und breiartigen Zerfliessens, woran in untergeordnetem Grade die übrige Gehirnsubstanz Antheil nimmt (Rokitansky).

Andral und Bennet halten diese sogenannte „weisse Erweichung" für eine spezifische anatomische Störung, dagegen sieht Rokitansky in ihr nichts weiter als ein akutes Oedem in der so höchst zarten vulnerablen Textur des Gehirnes und des eben so zarten Ependyma, welches eben, weil es auf so rasche Weise zu hohen Graden gedeiht, meistens eine aus unzähligen Verletzungen des Continuum bestehende Desorganisation in der Form jener Erweichung setzt und tödtet, während es als chronisches so ungemein häufig ohne Erscheinungen getragen wird.

Jeder mögliche Grad von Erweichung wird in den Zentraltheilen beobachtet. Das Corpus callosum, der Fornix, das Septum lucidum und andere Theile, welche die Wände der Ventrikel bilden, sind oft so erweicht, dass sie keine Spur mehr von ihrer regelmässigen Struktur zeigen, sondern in eine zerfliessende Pulpe von rahmartiger Konsistenz verwandelt sind. Bisweilen sind aber das Septum lucidum und das Gewölbe blos verdünnt und von einer so zarten Beschaffenheit, dass sie leicht bei der Ausdehnung zerreissen. Ein anderes Mal findet man eine rissige unregelmässige Oeffnung im Septum lucidum.

Abercrombie behauptet geradezu, dass die sogenannte weisse Erweichung der Ausgang der Entzündung sei. Dieser Ansicht steht aber entgegen, dass vom anatomischen Gesichtspunkte aus keine Merkmale der Entzündung vorliegen. Es findet sich weder im Umkreise, noch an den desorganisirten Stellen selbst ein erhöhtes Gefässleben. Auch enthält die erweichte Substanz keinen Eiter. Die Metamorphose charakterisirt sich nur als Erweichung, nur die Konsistenz ist verändert. Dieses allein lässt sich anatomisch nachweisen. Die in jüngster Zeit von Gluge und Valentin angestellten und von Hugo Bennet bestätigten mikroskopischen Untersuchungen über die Encephalomalacia, um die Corpuscula exsudationis mit der Entzündung in Verbindung zu bringen, verdienen gewiss alle Beachtung. Bis jetzt ist es aber noch nicht gelungen, diese Exsudationskörperchen in allen Fällen der sogenannten weissen Erweichung wahrzunehmen, und in jenen Fällen, wo sie gesehen wurden, fehlte der übrige Beweis einer entzündlichen Thätigkeit. James R. Bennet betrachtet sie daher lediglich als Beweis einer krankhaften nutritiven Aktion. Indess ist die sogenannte weisse Erweichung immerhin noch ein Gegenstand, der hinsichtlich seiner Natur näher untersucht werden muss, wenn ein vollgültiges Urtheil abgegeben werden soll.

Guilliot behauptet, dass das Gehirn kraft seiner hygrometrischen Eigenschaften fähig sei, eine seinem eigenen Gewichte gleiche Menge Wasser aufzunehmen. Auf diese Weise liesse sich allerdings leicht erklären, warum in einzelnen Fällen die Flüssigkeit in den Ventrikeln gänzlich fehle, oder doch nur in geringer Quantität vorhanden sei. James R. Bennet geht noch einen Schritt weiter, dass die hygrometrische Natur des Gehirnes in vielen Fällen die zentrale Erweichung bedinge. Denn es sei durch Paterson völlig bewiesen, dass die Theile, welche dem Cerebro-Spinal-Fluidum zunächst liegen, die ersten seien, die nach dem Tode eine pseudo-morbide Erweichung zeigen. Zugleich könne nur geringer Zweifel obwalten, dass viele der berichteten Fälle von Erweichung wegen Krankheit nichts mehr als Beweise pseudo-morbider Erweichung gewesen seien.

Rokitansky hat durch direkte Versuche ermittelt, dass Stücke von Gehirnsubstanz durch stundenlanges Eintauchen in Serum durchaus nicht verändert werden. Nach seiner Meinung hat die sogenannte weisse Erweichung bei den beiden ersten Formen, namentlich bei der eigentlich entzündlichen Form, die Be-

deutung des jeden beliebigen Entzündungs- und Exsudationsheerd umgebenden, überhaupt nicht selten akut auftretenden Oedems. Bei der Zartheit des Substrates, besonders aber bei der durch den Exsudationsprozess gesetzten (entzündlichen) Lockerung der Textur des Ependyma und des Gehirnes sei nichts natürlicher als jene vielfache Zertrümmerung desselben, die als weisse Erweichung erscheine. Ferner sei wohl zu beachten: „Entsteht ein Erguss, sagt er, so dass in den Hirnhöhlen nicht alsbald durch Verdrängung des Gehirnes Raum geschafft werden kann, so wird die Exsudation durch den Widerstand von innen her zurückgehalten und zurückgedrängt und ein Antheil des auf dem Ependyma zu exsudirenden Serums in das Gewebe des letzteren und die nächste Gehirnmasse ergossen, woraus eine diese Textur zertrümmernde Infiltration um so mehr hervorgeht, je mehr ein ödematöser Zustand des Gehirnes als chronischer schon vorher bestanden oder bei schon präexistirendem Ergusse das die Kammern umgebende Gehirnmark eine Dehnung erlitten hat.“ Während in den beiden ersten Formen ein entzündlicher Prozess die Erweichung bedingt, soll bei der dritten Form das mechanische Moment besonders wirksam sein. Diesem Einflusse wird wohl ein zu hoher Werth beigelegt.

Dieser dritten Form liegt, wie Rokitansky glaubt, ein Zustand von Hyperämie zu Grunde. Die Hyperämie wird bald bedingt und unterhalten durch den Reiz von Aftergebilden in der Schädelhöhle, bald durch Herzkrankheiten, rhachitische Beschaffenheit des Brustkorbes, Unwegsamkeit der Lungen bei Tuberkulose und Phthise, unter Konkurrenz einer serösen Beschaffenheit der Blutmasse, bald endlich durch einen Prozess, der jenem analog ist, welcher den selbstständigen Hydrops der Scheidenhaut auf eine mehr oder weniger rasch vorübergehende Weise bedingt. Das Ergebniss der Hyperämie ist eine seröse Ausscheidung in den Ventrikeln und Gehirn-Oedem.

Ein höchst beachtenswerther Umstand ist das gleichzeitige Vorkommen von Tuberkeln in der Gehirnsubstanz, in den Lungen und Bronchialdrüsen, in der Leber und Milz, in dem Magen und Mesenterium, so wie in der Pleura und dem Bauchfelle. Dieses beweist klar die in dem Körper vorhandene tuberkulöse Kachexie. Wichtig ist auch der Rhachitismus. Das tuberkulöse Knochenleiden befällt zuweilen das Felsenbein und den Zitzenfortsatz,

und verbreitet sich als tuberkulöse Entzündung auf die Hirnhäute.

Eine Reihe von Fällen.

Nachdem wir den physiologischen und anatomischen Charakter dieses Hirnleidens in seinen Hauptzügen angegeben haben, lassen wir eine Reihe von Beobachtungen, die unserem Tagebuche entnommen sind, folgen. Das Studium individueller Fälle bietet nicht blos ein grosses Interesse, sondern hat auch einen reellen, praktischen Werth.

Erster Fall.

E. K., ein 7jähriger Knabe, hatte einen skrophulösen Habitus und grazilen Körperbau. Der Schädel war oval, vorn ziemlich breit, die Haut zart, weiss, und an einzelnen Stellen des Kopfes fand sich Tinea vor, die sich in den letzteren Tagen sehr vermindert haben soll. Erst im fünften Jahre lernte der Knabe sprechen, die Sprache blieb aber undeutlich. Wenn seine anderen Geschwister ausgingen, blieb er gern bei seiner Mutter zu Hause. Auch legte er sich gewöhnlich früh zu Bette, schlief anfangs ruhig, fuhr dann aber plötzlich auf, schrie, schlug mit den Händen um sich und wollte aus dem Bette springen. Redete man ihn laut an oder rüttelte man ihn stark, so wurde er endlich wach, beruhigte sich und schlief wieder ein. Diese Prozedur trat seit einem halben Jahre häufig ein, und liess sich selbst durch Androhung von Schlägen, die sich die Aeltern erlaubten, nicht beseitigen.

Acht Tage vor seinem Erkranken hatte der Knabe mit seinen Geschwistern und Gespielen ein kleines Fest gehalten, und bei dieser Tafelrunde zu viel gegessen und zugleich einer Erkältung sich ausgesetzt. Der Knabe war anfangs von einem anderen Arzte behandelt worden. Er war sehr verdriesslich, und klagte fortwährend über heftige Kopfschmerzen. Der Kopf selbst fühlte sich heiss an; die Karotiden pulsirten stark, die Augen waren lichtscheu, die Pupillen erweitert, die Gesichtsfarbe wechselte und war bald roth bald blass, die Zunge weiss belegt und trocken. Es erfolgte saures Aufstossen und wiederholtes Erbrechen schleimiger Massen und der genossenen Speisen, der Unterleib ertrug ohne alle Empfindlichkeit selbst einen starken Druck. Der Stuhl war verstopft, der Urin sparsam und jumentös, die Nase trocken, der Puls frequent, mässig voll und gespannt, die Haut dünstete gelinde aus.

Als mir die Behandlung übertragen wurde, waren bereits zwei Gran Kalomel verbraucht und sechs Blutegel an den Kopf gesetzt worden. Ueberdies war Ungt. tart. stib. auf den Schei-

tel eingerieben. Es wurde noch Merkurialsalbe in die Submaxillargegend eingerieben, Lavement applizirt und kalte Fomente auf den Kopf gemacht. Es erfolgten vier flüssige Stühle, verbunden mit vielen grünen Massen, der Urin wurde hell und klar und verlor das schleimige Sediment. Die folgende Nacht verlief sehr unruhig und ohne Schlaf.

Am 10. August, dem 5ten Tage meiner Behandlung, bekam der Knabe, nachdem ohne mein Wissen das Bettleinen gewechselt worden, Frösteln und heftigere Schmerzen in der Stirne und Schläfe. In der nächsten Nacht war er wieder sehr unruhig, bohrte häufig den Finger in die Nase, so dass ein Bluterguss erfolgte. In den frühen Morgenstunden fing er plötzlich laut aufzuschreien an, klagte über vehementen Kopfschmerz und sprach verwirrt. Die Pupillen waren erweitert, der Puls langsam, die Haut trocken, eine leise, kaum sicht- und hörbare Respiration wechselte mit tiefen, seufzerartigen Athemzügen. Der Knabe konnte den Kopf nicht aufrecht halten und fuhr mit den Händen nach demselben.

Am 11. In den Abendstunden traten periodisch Leibschmerzen und Drang zum Stuhle ein, ohne dass Oeffnung erfolgte. Der Urin war hell und klar, aber sparsam, der Durst vermehrt, die Temperatur erhöht, die Wangen geröthet, aber nicht heiss, der Puls langsam, bald aussetzend, bald doppeltschlägig. Der Knabe lag am liebsten auf der rechten Kopfseite, unter welche er die rechte Hand legte. Nachdem er bis um 2 Uhr Nachts ziemlich ruhig gewesen und geschlummert hatte, fing er an zu stöhnen, zu jammern und zu kreischen, streckte die Füsse bald gerade aus, bald zog er sie wieder gegen den Unterleib aufwärts, griff mit der Hand bald nach der Stirne und dem Hinterkopfe, bald nach den Genitalien, rieb die Augen, hatte einen stieren Blick, knirschte mit den Zähnen, zuckte mit den Extremitäten und verzog den rechten Mundwinkel.

Am 13. Nach im Allgemeinen ruhig verlaufener Nacht und zwei kopiösen Kalomelstühlen hatte der Knabe nicht blos in den Morgenstunden, sondern auch den ganzen Tag über wieder mehr Besinnung, er fragte und antwortete, kannte die Umgebung und verlangte seine Spielsachen.

Diese scheinbare Besserung war von kurzer Dauer. Schon am folgenden Morgen lag der Knabe wieder in einem anhaltend soporösen Zustande, hatte heftiges Fieber und mussitirende Delirien. Er formte den Mund, als wollte er eine Trompete blasen, oder sperrte den Mund weit auf, um gleichsam nach Luft zu schnappen, rieb die Beine an einander, rutschte im Bett abwärts, griff mit der Hand in die Luft oder zupfte an der Bedeckung. Der Puls, welcher an den vorigen Tagen kaum 60 Schläge machte, war frequent, und Stuhl und Urin gingen unwillkürlich ab.

Am 18. Um Mittag rothe Wangen und grosse Hitze, um

6 Uhr Abends trat Frösteln ein, welches eine halbe Stunde dauerte und einer gleichmässigen Wärme wich. Die Beine waren gegen den kollabirten Leib angezogen, die Augen öffneten sich auf einen Augenblick bald ganz, bald nur halb, die Pupillen waren erweitert, der Kopf wurde hin und her geworfen, dabei tiefes, seufzerartiges Athemholen mit Stöhnen und Ausrufen: „O, mein Gott!"

Auch am folgenden Tage dauerte das laute Rufen fort, und wurde der Mund zusammengezogen, als wollte der Knabe auf einem Instrumente blasen. Die Finger waren krampfhaft flektirt und die Daumen in die Hohlhand eingeschlagen.

Am 20. Anhaltende Konvulsionen befielen die oberen Extremitäten. Der Knabe erkannte aber die Umgebung wieder, und antwortete ruhig auf die vorgelegten Fragen Ja oder Nein. Die Pupillen schienen weniger dilatirt und zogen sich bei einfallendem Lichte zusammen. Der Knabe lag in einem komatösen Zustande mit schnarchender Respiration, Blasen standen vor dem Munde, der Puls war frequent und klein, Schweiss bedeckte die Körperoberfläche.

Am 22. Die Brust ragte vorn bedeutend hervor und war hinten auf dem Rücken ausgehöhlt, der Kopf war nach hinten übergezogen, während der Hals einen bedeutenden Vorsprung machte und die rechte Schulter abwärts und die linke aufwärts stand. Die Augen rollten unstät nach allen Seiten, waren entzündlich geröthet und sonderten ein eiterartiges Sekret ab, das Gesicht war blass und kollabirt, der Mund stand offen und wurde verzogen, die Hände zuckten. In den Nachmittagsstunden erfolgte der Tod.

Zweiter Fall.

Jette A., ein 4jähriges Mädchen, hatte einen krötenartigen Bauch und litt früher oft an Nasenbluten, und noch in der letzteren Zeit an Kopfgrind, der spontan geheilt war. Das Kind klagte mehrere Tage vor dem Ausbruche der Krankheit über Schmerz in den Augen, verlor die Esslust, fühlte sich hinfällig und sagte oft: „Der Kopf thut mir wehe."

Am 22. Juni. Anhaltende Schlummersucht, die Augen halb geöffnet und lichtscheu, die Zunge trocken und gelblich belegt, keine Esslust, der Unterleib voll, wiederholtes Erbrechen, der Stuhl seit drei Tagen verstopft, Durst, Hände und Füsse kalt, während am Kopfe die Temperatur erhöht war, der Puls beschleunigt und klein, die Respiration leise, das Gesicht bald blass, bald geröthet, der Urin floss sparsam.

Neben dem Kalomel, alle 2 Stunden ein halber Gran, wurde eine Auflösung von Magnes. sulph. gegeben und zugleich zwei Blutegel an den Kopf gesetzt.

Am 24. Der soporöse Zustand dauerte fort, das Kind griff oft mit der Hand nach dem Kopfe, war äusserst verdriesslich und

gab mitunter ein klagendes Geschrei von sich. Der Puls war ruhiger, die Zunge reiner und ein Stuhl mit einem Spulwurme erfolgt. Bis zum 27. gingen noch 10 Spulwürmer mit den Kalomelstühlen ab, der Bauch kollabirte, Nase und äusserer Gehörgang waren trocken, die Schlummersucht hielt an.

Am 28. Die Urinsekretion fiel reichlicher aus. Indess liess sich das Kind kaum aus dem soporösen Zustande aufwecken, und konnte die vorgehaltenen Objekte nicht fixiren, sondern griff jedesmal fehl mit seinen Händen.

Am folgenden Tage nahm der Sopor ab. Das Kind weinte und jammerte über das im Nacken liegende Vesikator, hatte einen eigenthümlichen, verwirrten Blick, mitunter Risus sardonicus und streckte oft die zugespitzte Zunge aus dem rechten Mundwinkel.

Am 30. Das Kind erkannte die Umgebung wieder, schlief ruhig, verlangte ein Butterbrod und seine Spielsachen. Die Nase und der äussere Gehörgang sonderten wieder Schleim ab. Fieber war nicht zu bemerken.

Am 2. Juli. Seit einigen Tagen zitterten die abgemagerten Hände, und wurden die Finger spielend hin und her bewegt, als sollte mit denselben etwas zerrieben werden. Die Sprache war heiser und auffallend verändert, alle Silben und Worte wurden beim Aussprechen ungewöhnlich lang gezogen. Diese eigenthümliche Sprache hatte sich am 5. Juli, wo das Kind als Konvaleszentin entlassen wurde, wieder verloren.

Dritter Fall.

Marie P., 11 Monate alt und gut genährt, wurde verdriesslich und bekam Schlummeranfälle. Die Stirn und das Hinterhaupt fühlten sich heiss an, während Hände und Füsse kalt waren. Der Kopf konnte nicht aufrecht gehalten werden, sondern fiel unwillkürlich von der einen Seite zur anderen, die Karotiden pulsirten stark, der Puls war beschleunigt und härtlich, das Gesicht blass, die Nase trocken, die oft mit dem Handrücken zerrieben wurde, die Zunge wenig belegt, der Durst sehr vermehrt, der Stuhl träge, der Bauch weich, nicht kollabirt und heiss in der Präkordialgegend, die Urinsekretion sparsam. Zugleich litt das Kind bereits mehrere Tage an häufigem Erbrechen, welches besonders bei Bewegungen des Kopfes und beim Aufnehmen aus der Wiege eintrat.

Nach dem Gebrauche von 13 Gran Kalomel und der Applikation von Blutegeln waren nach 10 Tagen die Hirnzufälle beseitigt und die Konvaleszenz eingetreten.

Im Februar 1840 litt das damals $1^1/_2$ Jahr alte Kind an katarrhalischer Bronchitis und wurde im Herbste des nämlichen Jahres von dem epidemischen Keuchhusten befallen. Nachdem der Keuchhusten einige Zeit angedauert hatte, verlor das Kind die Esslust und Munterkeit und wurde so verdriesslich, dass es

um sich schlug, wenn Jemand sich ihm näherte. Hierzu gesellte sich ein soporöser Zustand. Diese Zufälle bestanden bereits einige Tage, als am 12. November meine Hülfe beansprucht wurde. Gestern war zweimal Erbrechen erfolgt, die Zunge weisslich belegt, der Stuhl erfolgt, das Gesicht ungewöhnlich blass, weder am Kopfe noch auf dem Bauche nahm man Hitze wahr.

Am 12. Das Kind sass auf seinem Stühlchen am Tische und spielte, wurde aber bald nachher wieder äusserst mürrisch und schlummersüchtig. Der eingetretene Stuhl bestand aus grünen im Wasser schwimmenden Massen, der Urin floss spärlich und bildete ein weissgelbliches Sediment, während die übrige Flüssigkeit eine weingelbe Farbe hatte. Der Unterleib war eingefallen. Erbrechen erfolgte heute nicht, aber das Kind schluckte stets, als wenn etwas gegen den Hals aufwärts stieg, und griff oft nach den Genitalien, nach den Ohren oder einer anderen Stelle des Kopfes, dessen Temperatur kaum erhöht war. Die Nase war trocken und wurde häufig gerieben, die Augen in ihre Höhle zurückgesunken, das obere Augenlid gerunzelt, die Pupillen zusammengezogen, Röthe wechselte mit Blässe der Wangen, die Bindehaut zeigte rothe Gefässe, der Durst war vermehrt, das Kind wollte essen.

Abends 8 Uhr traten Konvulsionen ein, die Pupillen erweiterten sich stark, zogen sich aber beim Lichte wieder zusammen, mitunter erfolgte ein scharfes, kurz abgestossenes Hüsteln, die Bedeckung wurde mit Gewalt abgetreten, die Haut fühlte sich trocken und kalt an, der langsame Puls wurde später wieder frequent. Das Kind griff oft mit der Hand nach dem Halse.

Am 13. Die Verdriesslichkeit ging so weit, dass das Kind nicht nur Jeden, der sich seinem Bette nähern wollte, mit dem grössten Unwillen abwehrte, sondern auch seine eigene Mutter und sich selbst in die Finger biss. Es duldete durchaus keine Bedeckung, die es jedesmal mit Unwillen wieder wegtrat, und lag auf dem Rücken mit weit auseinander gespreizten Beinen und starrenden Augen. Mehrmals trat heftiges Fieber ein und darauf Schweiss, besonders am Kopfe. Der Urin floss sparsam, war weisslich und machte einen gelblichen Bodensatz.

In der folgenden Nacht liess das Kind vier mal ziemlich viel Urin, der wasserhell und ohne Bodensatz war. Während der Morgenzeit tiefer Sopor, Gesicht blass und ernst, Lippen spröde, Ohrmuscheln bleich, Augen lichtscheu, Pupillen zusammengezogen, Unterleib kollabirt, weder am Kopfe noch auf dem Bauche Hitze, der Puls frequent, klein und regelmässig, die Respiration ruhiger wie gestern. Das Kind führte die Hand oft zum Nabel, griff nach dem Kopfe und den Ohren oder fuhr mit der Hand über das Gesicht hin, kratzte und biss sich selbst und Andere.

Wieder um 8 Uhr Abends erschienen zum zweiten Male Konvulsionen, die über eine ganze Stunde dauerten. Während derselben trat in ruhiger Rückenlage Erbrechen zäher Schleimmassen

ein. Der Keuchhusten war weniger heftig und endete ohne Erbrechen, dagegen stellte sich das trockene, kurz abgestossene Hüsteln häufiger ein. Das Kind murmelte heute und gestern unverständliche Worte. Die Sprache hatte sich in so weit auffallend verändert, als jede einzelne Silbe ungewöhnlich lang gezogen wurde. Ein Druck auf die Halswirbel erregte Schmerz und verursachte Weinen. Es erfolgte heute nur ein einziger Stuhl von grüner Farbe und breiartiger Konsistenz. Bei einfallendem Lichte zogen sich die erweiterten Papillen wieder zusammen.

Am 15. Während der vorausgegangenen Nacht und in den Morgenstunden fast anhaltend Konvulsionen, Drehen der Augen, der Puls sehr frequent und klein. Das Kind starb an diesem Tage.

Vierter Fall.

Emma R., ein 2jähriges kräftiges Mädchen, war seit einiger Zeit sehr verdriesslich und hat seit mehreren Tagen hie und da im Gesichte einen Ausschlag. Das Kind bohrte öfters bis zum Blutausflusse mit dem Finger in die Nase, die auf der rechten Seite mit einer braunen Kruste verstopft war, verlor die Esslust, erbrach sich, weinte viel, schlief unruhig und wollte bald in der Wiege liegen, bald auf den Arm genommen sein, wo es dann den Kopf anlehnte.

Am 5. April 1837 wurde ärztliche Hülfe nachgesucht. Das Gesicht war blass, die Augen trübe, der Kopf schwer und heiss; der Stuhl träge, die Urinausleerung selten und sparsam, die Zunge weisslich belegt, der Appetit geschwunden, fast gar kein Durst, der Puls beschleunigt, weder schleppend noch intermittirend. Zwei mal trat Erbrechen ein. Gegen Abend schlief das Kind ruhig und lange, und erwachte mit dem Ausrufe: „Nicht fest halten, nicht fest halten!“ Dabei fuhr es mit den Händen gegen den Kopf aufwärts.

Am folgenden Tage erfolgten auf den Gebrauch von Kalomel zu gr. β. p. d. und einer Auflösung von Tart. natron., die abwechselnd genommen wurde, mehrere Stühle, ohne dass sich jedoch die Zufälle änderten, im Gegentheile hatte sich das mürrische Wesen gesteigert und war Starrsehen eingetreten.

Am 7. Das Kind schlummerte viel, lag am liebsten in der Wiege und rieb Augen und Nase. Am folgenden Morgen, wo sich der Kopf heiss anfühlte, wurden 8 Blutegel gesetzt und kalte Fomente applicirt. In den Nachmittagsstunden war das Kind munterer, setzte sich in der Wiege auf und äusserte Vergnügen an seinen Spielsachen. Es zog die Krusten aus der Nase, zerrte an den spröden Lippen und zeigte auf Verlangen die Zunge, die fast ganz rein war. Das Fieber war gelinder und die Temperatur am Kopfe weniger erhöht. Indess dauerten an den folgenden Tagen die Schlummersucht, Hartleibigkeit und sparsame Urinsekretion

fort, das Erbrechen aber blieb aus. Die Lippen schwollen an und waren exkoriirt, wiewohl aus dem Munde kein Kalomelgeruch wahrzunehmen war. Das Kalomel wurde ausgesetzt, dessen Totalquantität sich nicht genau berechnen liess, weil manches Pulver halb im Löffel geblieben und manches weggeschlagen war. Ein Infus. senn. comp. mit Salpeter bewirkte gleich Erbrechen.

Am 11. Während der Nacht schlummerte das Kind viel und erbrach sich ein Mal. Morgens 6 Uhr: Das Kind war sehr verdriesslich, die Temperatur am Kopfe wieder erhöht, weshalb nochmals 2 Blutegel applizirt wurden, das Gesicht blass, die Augen tief in ihre Höhle gesunken, die Nase schien wieder etwas Schleim abzusondern, ein reichlicher Kalomelstuhl war eingetreten, aber kein Tropfen Urin gelassen. Das Kind lag am liebsten auf der linken Seite, mit gegen den Bauch angezogenen Beinen.

Am Tage lag das Kind fast anhaltend in einem soporösen Zustande, mit halb offenen Augen, war mehr apathisch, konnte den Kopf nicht aufrecht halten und musste sich wiederholt erbrechen.

Am 12. In verflossener Nacht trat einige Male Würgen, aber kein Erbrechen ein. Das Kind war äusserst verdriesslich, man durfte es weder ansehen, noch sich der Wiege nähern, es weinte dann, wurde ganz unwillig und schlug mit den Händen um sich. In der Nase bewegte sich auf und ab Schleim, ohne dass er ausfloss. Mitunter trat Niesen ein, die Lippen bluteten bei der geringsten Insultation, wiederholte Neigung zum Erbrechen, häufig Gähnen, seufzerartige Respiration, Unterleib eingefallen, bedeutende Abmagerung. Das Kind forderte ein Butterbrod, legte es aber neben sich hin, ohne davon zu essen, und bemerkte, dass von dem Palmstocke ihrer Schwester Nüsse genommen seien. Darauf fiel sie wieder in den soporösen Zustand, nahm aber bei verschlossenen Augen wahr, wenn sich Jemand der Wiege näherte, worüber es den grössten Unwillen äusserte.

Am 14. Noch immer währte die Neigung zum Erbrechen stark, begleitet von einem öfteren Drange zum Stuhle, ohne dass eine Ausleerung nach oben oder unten erfolgte. Die Urinsekretion war etwas reichlicher, der Harn selbst hell und klar, mitunter aber trübe. Das Kind lag in der Regel auf dem Rücken, legte sich jedoch bald auf die eine, bald auf die andere Seite.

Am folgenden Tage schlummerte das Kind viel weniger, und wollte oft auf den Arm genommen sein, wo es dann den Kopf auf die Schulter der Mutter legte. Aber bald verlangte es wieder in die Wiege.

Am 16. Heute flossen zum ersten Male wieder beim Weinen Thränen aus den Augen, auch kam Schleim aus der Nase und waren beide äussere Gehörgänge feucht. Das Kind war noch sehr übel gelaunt, und forderte bald dieses, bald jenes, und war nicht eher zufrieden, bis seinem Wunsche entsprochen wurde.

Nach dem Erscheinen eines der Tinea ähnlichen Ausschlages auf dem Kopfe schwanden bald alle Zufälle und folgte völlige Genesung.

Fünfter Fall.

Ludwig S., ein sechs Monate altes schwächliches Knäbchen, war bereits über 8 Tage krank. Das Kind schlummerte anhaltend, mit halb offenen Augen und erweiterten Pupillen, schreckte auf, hatte grosse Hitze am Kopfe, besonders am Hinterhaupte, die Karotiden pulsirten stark, und beim Auflegen der Hand auf die noch nicht verknöcherten Fontanellen fühlte man ebenfalls eine starke Gefässaufregung. Die Gesichtsfarbe wechselte und war bald roth, bald blass, die Respiration leise, von tiefen Seufzern unterbrochen, der Kopf lehnte sich beim Aufnehmen gleich an, Würgen und Erbrechen traten bei Bewegungen des Kindes ein, auch verursachten sie einen trockenen Husten, der aber auch in ruhiger Lage erfolgte. Der Unterleib war weich, nicht kollabirt, der Stuhl seit einigen Tagen dünn, in's Grüne hinüber spielend, der Urin floss spärlich, die Zunge war weisslich belegt, das Kind wollte nicht gern mehr die Brust nehmen und bekam um den Mund Zuckungen.

Alle zwei Stunden ein Pulver aus einem halben Gran Kalomel, zwei Blutegel an den Kopf und zugleich kalte Fomente.

Am folgenden Morgen traten Konvulsionen ein, die sich im Laufe des Tages noch zwei Mal wiederholten. Die Pupillen waren erweitert und reagirten wenig auf das einfallende Licht, die Augen wurden in ihrer Höhle hin und her gedreht oder starrten und schlossen sich nicht, wenn man auch auf dieselben mit dem Finger losfuhr; sobald aber nur die Spitze der Cilien berührt wurde, schlossen sie sich gleich. Der Kopf fühlte sich noch heiss an, weshalb nochmals 2 Blutegel applizirt wurden, der Puls war beschleunigt, die Respiration wie gestern, mehrere grünlich-gelbe Stühle waren erfolgt.

Am dritten Tage der Behandlung hatten die Stuhlentleerungen ein eigelbliches Aussehen ungeachtet des Fortgebrauches des Kalomels, und waren die Pupillen merkwürdiger Weise viel weniger erweitert als gestern. Auch wurde viel Urin gelassen. Am folgenden Morgen gab das Kind den Geist auf.

Sechster Fall.

Am 10. Oktober 1840 wurde ich Nachts zu August C. gerufen. Der Knabe war $1^1/_2$ Jahr alt, gross und stark, hatte einen grossen Kopf und eine blasse Gesichtsfarbe und litt schon einige Tage an einem katarrhalischen Husten. Um 3 Uhr Nachts fing er an, mit einem Kruptone zu husten, bekam Dyspnoe und eine schnarchende Respiration. Nach dem Hustenanfalle war das Kind wieder munter, und am dritten Tage nachher wieder hergestellt.

Am 22. Oktober wurde ich abermals gerufen und vernahm, dass das Kind gleich nach dem Krup vom Keuchhusten, der gerade epidemisch herrschte, befallen worden sei. Das Kind sah auffallend und eigenthümlich blass aus, war verdriesslich, hatte keine Esslust mehr, machte selten und nur wenig Urin und litt an Hartleibigkeit. Schlummeranfälle wären noch nicht bemerkt, auch zeigte sich die Temperatur am Kopfe nicht erhöht und aus der Nase floss Schleim. Das Kind hatte, besonders des Nachts, mehr Durst, gähnte mitunter, rieb Nase und Augen, und wollte bald auf seinem Stühlchen sitzen, bald auf dem Arme getragen sein.

So blieb der Zustand bis zum 28. Oktober. Das Kind machte heute den ganzen Tag über noch nicht eine einzige Unze Urin. Der Harn selbst war weisslich, trübe, und bildete kleine helle, glänzende Partikelchen als Bodensatz. Nachdem er die Nacht über gestanden, hatte sich ein weissliches Sediment gebildet, und die über demselben befindliche Flüssigkeit war hell und klar, von strohgelber Farbe. Erbrechen trat heute zum ersten Mal und zwar auf den Genuss eines Apfels ein, die Zunge zeigte nur auf der Wurzel einen geringen Beleg, die Esslust hatte sich nicht vermehrt und das verdriessliche Wesen zugenommen. Das Kind hatte einen unsicheren, schwankenden, strauchelnden Gang, schreckte oft auf, zupfte häufig an dem Kinne und den Lippen und bekam häufigere und stärkere Anfälle des Keuchhustens.

Nach der Applikation von 4 Blutegeln wurde das Kind munterer, verrieth mehr Esslust und liess eine reichliche Menge Harn. Auf den inneren Gebrauch von Salpeter erfolgten zwei Stühle. Die Sekretion der Nase und des äusseren Gehörganges war, wenn auch noch nicht völlig geschwunden, doch sehr vermindert.

Am 30. Das Kind schlummerte heute wenig und war ziemlich munter, hatte wieder mehr Appetit und wenig Durst und einige nicht ergiebige Stühle. Bis dahin war nur Natr. und Kal. nitr., Tart. natron. und Magnes. sulph. gebraucht worden. Die Urinsekretion blieb äusserst sparsam, und die jedesmalige Menge betrug kaum eine halbe Unze. Während des soporösen Zustandes hatte das Kind leichte Zuckungen an den Händen, die es oft nach dem Hinterkopfe führte. Auch legte es eine Hand gern auf die Genitalien. Es warf sich oft hinten über, schmeckte häufig, rieb die Augen und zupfte an Bart und Lippen, das Hinterhaupt fühlte sich wärmer an als der übrige Kopf, die Stirn war sogar kalt, der Puls war etwas gereizt, setzte wohl aus, oder es folgten sich einzelne Schläge rascher. Der Unterleib war eingefallen, Niesen und Gähnen nicht ganz selten. Einige Kalomelstühle traten ein.

Am folgenden Tage erschienen die Schlummeranfälle wieder häufiger, so wie die Zuckungen an den Händen, und zeigte der Hinterkopf in der Morgenzeit eine erhöhte Temperatur, während sich Abends keine Hitze vorfand.

Am 1. November. In verflossener Nacht, wo das Kind viel

hustete und sich bisweilen erbrach, trat ein allgemeiner Schweiss ein, der besonders am Hinterhaupte stark war. Die Physiognomie blieb selbst in den günstigen Augenblicken, wo das Kind dem Spiele seiner Geschwister zusah, ganz ernst und bekundete ein tiefes inneres Leiden. Der Blick war oft stier, die Augen hatten sich in die Orbita zurückgezogen und die Ohren ein auffallend bleiches Aussehen, leise, kaum sicht- und hörbare Athemzüge wechselten mit lauteren und seufzerartigen. Das Kind sprach wenig, schlummerte viel, zupfte bald an dem Bart, bald an den Lippen, bald an den Haaren und lehnte gleich den Kopf an, wenn es aufgenommen wurde. Der Puls war frequent, sonst aber regelmässig, die Abmagerung hatte bedeutende Fortschritte gemacht.

Am 2. Auch heute traten mehrere Kalomelstühle ein, und wurde viel Urin gelassen. Das Gesicht war leichenblass, die Ohrmuscheln bleich, mit durchschimmernden rothen Gefässen, die Nase trocken, der Durst vermehrt. Abends lag das Kind in soporösem Zustande, schrekte auf, lächelte und griff mit beiden Händen nach dem Kopfe, der keine erhöhte Temperatur nachwies. Der Kollapsus des Bauches fiel noch mehr auf.

Am 3. Es erschienen zu wiederholten Malen heftige Konvulsionen, die wirklich grässlich waren, wenn sie gleichzeitig mit dem Keuchhusten eintraten. Zum ersten Mal trat diese fürchterliche, das Herz tief ergreifende Szene ein, als das Kindermädchen unvorsichtiger Weise an die Wiege stiess. Das Kind schreckte gleich auf, und wurde nun von dem Keuchhusten und den Konvulsionen gleichzeitig befallen. Letztere behielten die Oberhand, während ersterer nicht durchgesetzt werden konnte. Dieser entsetzliche Krampf, die grässliche Verzerrung des Gesichtes, die grosse Dyspnoe lässt sich nicht durch Worte beschreiben. Wer dieses schaudererregende Bild je in seinem Leben gesehen hat, wird es nie aus dem Gedächtnisse verlieren und mit Wehmuth an den Augenblick denken, wo er als müssiger Zuschauer dieses Naturspiel beobachtete. Die Pupillen erweiterten sich ganz enorm, kalter Schweiss triefte von Kopf und Gesicht, die Augen standen stier in ihrer Höhle, der Mund machte entsetzliche Zuckungen und Zerrungen, die Athemnoth war gränzenlos, der Puls äusserst frequent und klein, die Finger flektirt, die Daumen in die Hohlhand eingeschlagen. Am folgenden Tage, wo die Konvulsionen ohne Unterbrechung anhielten, machte der Tod dem Leiden ein Ende.

Siebenter Fall.

Maria J., ein 2jähriges früher gesundes Mädchen, litt im zweiten Stadium am Keuchhusten, und war seit mehreren Tagen äusserst verdriesslich geworden, schlief unruhig und schreckte oft im Schlafe auf. Hierzu gesellten sich Schlummeranfälle, gestörte Esslust, vermehrter Durst und Erbrechen. Der Stuhl war anfangs diarrhoeartig, später aber träge, die Wangen bald geröthet, bald

blass, das Kind rieb Nase und Augen, zupfte an den Lippen und machte selten und wenig Urin. Der Urin selbst hatte am 22. Nov. 1840, wo ich das Kind zum ersten Mal sah, ein weissgelbliches Aussehen und bildete ein schwefelgelbes Sediment. Der Unterleib war weich und heiss, nicht eingefallen.

Am folgenden Tage sah der Urin weisslich-trübe aus und machte einen flockigen Niederschlag, der Stuhl war träge und gelblich, Erbrechen erfolgte beim Husten, die Respiration gestaltete sich seufzerartig, leise Athemzüge wechselten mit tiefen und lauteren, das Kind schlummerte viel, hatte aber keine Hitze.

Am 24. Der Stuhl blieb träge und enthielt einen Spulwurm in den grünen Massen. In den Abendstunden erbrach das Kind einen grossen Fettklumpen, der weissgelblich aussah, glatt war, sauer roch und sich in Fäden ziehen liess. Vor etwa acht Tagen hatte es ein Stück Speck verschluckt.

Am 25. Es trat nur ein Stuhl ein, mit einem Spulwurme, der Urin floss sehr spärlich und zeigte auf seiner Oberfläche ein schillerndes Häutchen, der Puls war weniger beschleunigt, der Gesichtsausdruck leidend, die Nase blass, die Pupillen verengert, die Augen lichtscheu. Das Kind weinte wieder Thränen und wollte ausser den Schlummeranfällen lieber auf dem Schoosse der Mutter sitzen als in der Wiege liegen, war aber äusserst mürrisch und wurde schon unwillig, wenn man es nur ansah oder seinen Namen nannte.

Am 26. Soporöser Zustand, Aufschrecken, Augen ganz geschlossen, Pupillen kontrahirt, mehrmals Erbrechen, Kauen und Niederschlucken, Gesicht blass, Respiration leise, von tiefen Seufzern unterbrochen, Unterleib flach und eingefallen, mitunter laute Flatus, Stuhl träge, Urin wurde im Laufe des Tages kaum ein Esslöffel voll gelassen, Haut trocken, Puls frequent, mässig voll, Abmagerung schon merklich vorgeschritten. Das Kind zerrte an den spröden, abgeblätterten Lippen, griff nach dem Kopfe oder kratzte sich daselbst, auch zog es an den Haaren oder schlug sogar auf den Kopf.

Am 28. Während gestern alle Arzneien und Getränke gleich wieder ausgebrochen wurden, blieben sie heute zurück und entleerten sich selbst durch den Keuchhusten nicht. Das Kind schlummerte weniger und zeigte Lust an seinen Spielsachen. Der Urin hatte nicht mehr ein milchiges, trübes Aussehen, sondern war hell und klar.

Am folgenden Tage wurde kein Tropfen Urin gelassen. Die Wangen waren zeitweise geröthet. Auf einen breiigten gelblichen Stuhl folgte eine Kalomelausleerung.

Am 30. Das Kind war heute munterer und beschäftigte sich mit seinen Spielsachen; es schlummerte wenig, machte viel hellen und klaren Urin, hatte mehrere Stühle und zupfte an den Mundwinkeln bis zum Blutausflusse. Der Puls war frequent und aussetzend, der Unterleib ganz kollabirt. Am 4. Dez. wurde das

Kind als Konvaleszentin entlassen, und erfreut sich bis auf diesen Augenblick der besten Gesundheit.

Achter Fall.

Julie v. B., $1^3/_4$ Jahr alt, wurde während des Keuchhustens von einem hitzigen Fieber und gleich darauf von Konvulsionen befallen, die eine halbe Stunde dauerten und nicht wiederkehrten. Das Kind war verdriesslich und schlummersüchtig, schreckte im Schlafe auf, verlor die Esslust und hatte vermehrten Durst und Poltern im Leibe. Die epigastrische Gegend fühlte sich heiss an.

Am 4. Oktbr. Das Kind war sehr unruhig, wollte bald auf den Arm, bald wieder in die Wiege, schmeckte fortwährend mit den Lippen, zerrte an denselben und rieb die Nase, spreizte die Beine weit aus einander oder streckte sie aus der Wiege. Die rechte Hand lag unter dem Kopfe, dessen Temperatur nicht besonders erhöht war. Es traten mehrere Stühle ein und viel Urin wurde gelassen, der Keuchhusten erschien seltener und war nur ein Mal mit Erbrechen verbunden. Ausserdem hörte man einen anderen Husten. Dieser Husten erfolgte beim Aufnehmen des Kindes, trat kurz hinter einander einige Male ein, war trocken und kurz abgestossen.

Am 5. Das Aufschrecken war seltener, Durchfall mit vielen Blähungen, weder am Kopfe noch auf dem Leibe Hitze. Das Kind schlummerte viel und wollte beständig gewiegt sein und dabei gesungen haben. Gegen Abend war es sehr unruhig und schluckte beständig etwas nieder, die linke Wange war umschrieben geröthet, die rechte dagegen zeigte nur rothe Streifen.

Am 7. Ausser den Schlummeranfällen zupfte das Kind beständig an den spröden Lippen oder bohrte den Finger tief in die Nase. Das Auge war lichtscheu, die Pupillen zusammengezogen, das Gesicht bald blass, bald geröthet, die Respiration sehr beschleunigt, der Puls frequent und kontrahirt, der Unterleib voll und weich, brennend heiss, der Durst vermehrt, der Stuhl träge, Urin wurde oft gelassen, kein Erbrechen, das Kind zeigte wenig Theilnahme.

Am folgenden Tage waren die oberen Augenlider ohne Farbenveränderung so sehr geschwollen, dass die Augen nur bis zur Hälfte geöffnet werden konnten. Der Kopf ruhte auf der rechten Hand und dünstete aus.

Am 9. Das Kind war ohne Unterbrechung beschäftigt, wenn es nicht gerade in tiefem Sopor lag, mit den Fingern zu spielen oder in die Nase zu bohren, an den Lippen zu zerren oder an der Bedeckung zu zupfen. Das Schleimrasseln in den Luftwegen und die Beschleunigung der Respiration waren heute bei weitem gelinder, auch die ödematöse Anschwellung der Augenlider hatte sich vermindert, der Keuchhusten sowohl als der kurz abgestossene trockene Husten erschienen seltener. Das Kind verlangte Speisen; ass aber nur wenig und zwar mit einer Art von Hastigkeit. Die

Zunge war auf der Mitte und Wurzel gelblich belegt, der Durst weniger heftig als gestern, die Temperatur nicht besonders erhöht. Mitunter trat Würgen ein, aber kein wirkliches Erbrechen, der Bauch kollabirte, der Stuhl blieb träge und die Urinsekretion sparsam.

Am 10. In verflossener Nacht hatte das Kind grosse Hitze, und am Tage schlummerte es fortwährend mit ganz geschlossenen Augen. Die Berührung des Kopfes wurde bald geduldig ertragen, bald mit Unwillen abgewehrt. Aus den äusseren Augenwinkeln floss Feuchtigkeit. Das Spielen mit den Fingern, das Zerren an den Lippen und das Bohren in die Nase, deren Spitze eine dem weissen Wachs ähnliche Farbe hatte, dauerte ausser der Schlummersucht beständig fort. Der Kopf konnte nicht mehr ohne Unterstützung aufrecht gehalten werden, sondern lehnte sich gleich an, zeigte aber keine erhöhte Temperatur. Beim Aufnehmen bekam das Kind Neigung zum Erbrechen und den kurz abgestossenen, trockenen Husten. Der Unterleib war in den Präkordien ganz auffallend kollabirt, Urin wurde den ganzen Tag nicht gelassen, gegen Abend war die Respiration sehr beschleunigt und kurz, wobei die Präkordialgegend sich stark einwärts zog und knurrende Geräusche deutlich hörbar wurden. Die Haut war heiss, trocken und spröde, die Abmagerung merklich vorgeschritten.

Am 12. Es erfolgten drei reichliche Kalomelstühle, und wurde mehrmals Urin gelassen. Das Kind hatte wiederholt Neigung zum Erbrechen und streckte die Zunge weit aus dem Munde. Das Gesicht war blass und aufgelaufen, die Pupillen reagirten nicht auf das einfallende Licht, sondern blieben erweitert. Das Kind schlummerte viel und war mit seinen Fingern nicht mehr so beschäftigt wie an den vorigen Tagen. Es schien zu deliriren und sagte bald „Zudecken!", bald „Na, Na!", und lag mit weit aus einander gespreizten Beinen auf der nach unten abgetretenen Decke.

Um 10 Uhr Abends steckte das Kind die Zunge oft weit aus dem Munde, und hatte einen kurz abgestossenen, schroffen Husten. Darauf folgten Lächeln, Zähneknirschen, Verdrehen der Augen, die wild in ihrer Höhle umherrollten, Zuckungen, Schaum vor dem Munde, und bald nachher trat ein ergiebiger Kalomelstuhl ein. Die erweiterten Pupillen zogen sich bei einfallendem Lichte wieder etwas zusammen, und die Augen schlossen sich. Nicht lange vor dem Eintritte dieser Prozedur küsste das Kind seine Mutter auf ihren Wunsch. Die Bindehaut war auf dem linken Auge stärker geröthet als auf dem rechten.

In der folgenden Nacht erschienen die Konvulsionen immer häufiger und stärker, bis um 7 Uhr Morgens den 13. Oktbr. der Tod der qualvollen Szene ein Ende machte. Bemerken muss ich noch, dass das Kind meistens mit dem Kopfe nach links lag, und der Keuchhusten, ungeachtet der Konvulsionen, doch eintrat, wenn gleich in verminderter Intensität.

Neunter Fall.

Joseph C., dessen Schädel im Verhältnisse zu seinem übrigen Körperbaue zu sehr ausgebildet war, litt von Geburt an äusserst häufig an Digestionsstörungen und später an verschiedenen Kinderkrankheiten, die seine körperliche Entwickelung sehr beeinträchtigten. Anfangs April 1837, wo der Kleine das zweite Lebensjahr erreichte, befiel ihn nach einer Erkältung der Füsse und dem Genusse unverdaulicher Speisen ein gastrisch-rheumatisches Fieber, und kaum war er diesem entgangen, so stellte sich in Folge einer neuen Erkältung dieses Hirnleiden ein. Das Kind verabscheute seine Spielsachen, wurde äusserst mürrisch, klagte über heftige Kopfschmerzen, konnte den Kopf nicht aufrecht halten, sondern liess ihn von der einen Seite nach der anderen fallen, und bohrte ihn im Liegen tief in's Kissen. Die Temperatur war am Kopfe brennend heiss, während die Extremitäten sich kalt anfühlten, die Karotiden pulsirten stark, das Gesicht war leichenblass, das Auge geröthet und lichtscheu, die Nase und der äussere Gehörgang trocken, die Zunge rein und roth, der Durst vehement, die Esslust geschwunden, der Stuhl retardirt, die Urinausleerung sparsam, der Puls frequent und hart. Zu diesen Erscheinungen gesellte sich Erbrechen, Aufschrecken, Schlummersucht, die grösste Gleichgültigkeit, Greifen mit den Händen nach dem Kopfe, Zähneknirschen, eine kaum hör- und sichtbare Respiration, die von tiefen Seufzern unterbrochen wurde, und wiederholtes Ausrufen: „Verbrennen! Fallen!" Es wurden einige Blutegel an den Zitzenfortsatz gesetzt, ein Vesikator in den Nacken gelegt, in die Submaxillardrüsen Merkurialsalbe eingerieben und innerlich Kalomel zu einem halben Gran p. d. alle zwei Stunden gereicht. Der Erfolg dieses Verfahrens war günstig. Am siebenten Tage der Behandlung, wo die Unterkieferdrüsen bedeutend angeschwollen, die Mundwinkel exkoriirt und die Mundhöhle selbst geröthet war, ohne dass man einen auffallenden Merkurialgeruch und den Beginn einer Salivation wahrnehmen konnte, an diesem Tage, wo bereits 15 Gran Kalomel und zwei Drachmen Merkurialsalbe angewendet waren, trat eine glückliche Wendung ein, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit einen glücklichen Ausgang der Krankheit erwarten liess. In den Abendstunden sonderte die Nase wieder Schleim ab, die Augen, deren linkes von einem Oedem des oberen Lides befallen war, vergossen beim Weinen wieder Thränen, und beide äussere Gehörgänge, der linke jedoch mehr als der rechte, fingen ebenfalls, an Schleim zu produziren. Um der Krankheit den letzten Rest zu geben, wurden in getheilten Dosen noch sechs Gran Kalomel und eine Drachme Merkurialsalbe angewendet. Dass nun der Zeitpunkt, wo das energische Verfahren ausgesetzt werden musste, gekommen sei, zeigte das eintretende Merkurialfieber, welches nach einigen Tagen wieder verschwand. Auf diese Weise entging der Kleine seinem nahen Untergange, erholte sich

schnell und erfreut sich bis auf diesen Augenblick einer guten Gesundheit.

Zehnter Fall.

Heinrich S., 2 Jahre alt und kräftig, hat einen organischen Bildungsfehler. Die Uvula fehlt ganz, und im weichen Gaumen ist eine senkrechte ovale Oeffnung vorhanden. Das Kind war gerade am Zahnen, und hatte seit mehreren Tagen Husten und Fieber. Man leitete das Unwohlsein von der Dentition und der augenblicklich herrschenden Grippe her.

Am 1. April 1841. Das Kind hatte heftiges Fieber, war sehr verdriesslich, griff nach dem Kopfe, schlief unruhig und fuhr oft im Schlafe auf. Der Kopf war heiss und das Auge lichtscheu, Röthe wechselte mit Blässe des Gesichtes, der Appetit hatte sich verloren und die Zunge sich stark belegt mit einem gelben Schleime. Urin wurde wenig gelassen, der Stuhl war in verflossener Nacht eingetreten.

Am folgenden Tage war das Fieber mässiger, die brennende Hitze hatte abgenommen, dagegen fühlte sich der Kopf noch heiss an und war der Puls sehr beschleunigt. Das Kind lag in einem soporösen Zustande, schreckte oft auf und konnte das Licht nicht ertragen. Das blasse Gesicht hatte eine ernste Physiognomie, die Zunge war reiner, die Urinsekretion blieb spärlich, die Stuhlausleerung gering.

Am 3. Anhaltend soporöser Zustand, Greifen nach dem Kopfe, Lichtscheu, Pupillen weder erweitert noch kontrahirt, Aufschrecken, beim Weinen flossen keine Thränen, Nase trocken, äusserer Gehörgang feucht, Puls frequent und klein, Durst noch stark, Unterleib kollabirt, mehrere gelblichgrüne, gehackte Stühle.

Am folgenden Tage war das Befinden merklich besser. Das Kind schlummerte weniger und hatte Vergnügen an seinen Spielsachen, die Fieberhitze hatte bedeutend abgenommen und der Puls war weniger frequent, die Urinausleerung fiel reichlicher aus, dagegen blieb der Stuhl im Verhältnisse zu den angewendeten Mitteln (Kalomel mit Jalape) träge, die kalten Fomente wurden nicht mehr geduldet. Es folgte rasch völlige Genesung nach. Erbrechen wurde in diesem Falle nicht beobachtet.

Elfter Fall.

Johann v. A., ein 9 Monate altes, sehr stark genährtes Kind, hatte nach Aussage seiner Mutter gewöhnlich nur alle 2 bis 3 Tage Leibesöffnung, die mitunter auch wohl erst am 6. Tage erfolgte. Dabei war das Kind ruhig und munter. Seit mehreren Tagen weinte und schrie es viel, warf den Kopf nach hinten über und war sehr verdriesslich. Auffallende Blässe des Gesichtes wechselte mit vorübergehender Röthe, die Physiognomie war ernst und düster, die Mundwinkel zuckten, das Auge lichtscheu, die Pupillen wenig erweitert, die Nase trocken und die Stirne heiss.

Das Kind fuhr mit der Hand oft über das Gesicht hin und hustete bei Bewegungen des Kopfes. Die Respiration war beschleunigt, die epigastrische Gegend heiss, der Bauch beim Drucke nicht empfindlich und etwas eingefallen, die Urinsekretion nach Aussage der Mutter nicht gestört. Zu diesen Zufällen gesellten sich Schlummeranfälle und Kreischen. So war der Zustand am 1. Mai 1851.

Am 2. Das Kind war munterer und stiess nicht mehr die eigenthümlichen Schreie aus, hatte mehrere Kalomelstühle und musste sich dreimal erbrechen. Der Urin war weingelblich und zeigte ein schillerndes Häutchen auf seiner Oberfläche, während in der Flüssigkeit selbst kleine Partikeln schwammen. Die Stirne war kalt, das Gesicht blass, der Bauch kollabirt, der Puls beschleunigt, während der Schlummersucht erregte er unter dem Finger das Gefühl, als wollten einzelne Schläge fortkriechen.

Den folgenden Tag trat wiederholtes Erbrechen und ein Kalomelstuhl ein, das Kind schlummerte viel und schlug häufig mit der Hand auf die Bettdecke. Der Urin war gleich nach dem Lassen weingelblich und bildete ein weisslich matt gelbliches Sediment, während die übrige Flüssigkeit ein trübes, milchigtes Aussehen hatte und auf der Oberfläche ein schillerndes Häutchen zeigte. Das Glas war weisslich angelaufen.

Am 4. Das Kind erwachte aus dem soporösen Zustande mit Husten und Aufschreien, warf den Kopf hin und her und bohrte endlich das Hinterhaupt tief in's Kissen. Plötzlich fing es an, mit einem feinen, scharfen, durchdringenden Tone zu schreien und schlug mit den Händen auf die Bedeckung. Mehrmals erfolgte Erbrechen, mitunter auch trockener Husten, der Stuhl war träge und grün.

Auch am nächsten Tage hörte man das gellende Aufschreien. Das Kind schlug fast anhaltend mit der geballten Hand auf seinen Kopf und gegen das Gesicht. Der Kopf wurde von der einen Seite nach der anderen geworfen und fühlte sich heiss an. Die verordneten Mittel waren bis jetzt nachlässig gebraucht und kalte Fomente gar nicht applizirt.

Am 6. Anhaltende Schlummersucht und häufiges Aufschrecken, Kopf heiss, Pupillen erweitert, Puls beschleunigt, Gesicht leichenblass, Respiration seufzerartig, Erbrechen seltener, mehrere grüne übelriechende Stühle mit Flatus. Hierzu gesellten sich Konvulsionen, Verdrehen der Augen, Risus sardonicus, Zuckungen an den Händen, Einschlagen der Daumen in die Hohlhand und unter die flektirten Finger. Während der Konvulsionen, die sich auch am folgenden Tage oft wiederholten, stand das Auge stier und war die Pupille verengert, die sich aber beim Nachlasse derselben wieder erweiterte.

Am 8. Die Konvulsionen hatten aufgehört, und die Pupillen sich etwas mehr zusammengezogen. Das Kind schlummerte heute nur wenig, war munterer, nahm Antheil an der Umgebung, sass

in der Wiege und spielte. Von diesem Tage an schritt die Genesung täglich fort, die selbst durch das Durchbrechen der unteren Schneidezähne, die man am 14. gewahrte, nicht weiter gestört wurde.

Zwölfter Fall.

Heinrich D., 2 Jahre alt, fing spät an zu zahnen und litt seit längerer Zeit an einem stark juckenden Ausschlage an den Armen und Beinen und auf dem Leibe, der kam und spontan wieder verschwand. Vor etwa einem halben Jahre hatte er unter dem rechten Ohre eine Drüsengeschwulst, die in Suppuration überging und lange eiterte, augenblicklich aber geheilt war. Das Kind wurde erst vor 2 Monaten entwöhnt.

Am 15. Juni 1841. In den Schlummeranfällen waren bald beide Augen, bald nur das eine halb geschlossen, in wachem Zustande drehte das Kind die Augen schielend in den einen oder anderen Augenwinkel, kehrte sie aufwärts nach der Zimmerdecke oder richtete sie kürzere oder längere Zeit starr auf einen Gegenstand, schloss und öffnete die Augen schnell hintereinander. Die Pupillen waren zusammengezogen, die Sclerotica glänzend weiss, das Gesicht blass, leidend und ernst, die Lippen roth, die Temperatur am Kopfe nicht erhöht. Die Zunge weisslich belegt, der Durst gering, keine Esslust, mitunter Erbrechen, der Stuhl träge, der Urin floss sparsam und hatte ein weissliches Aussehen, der Unterleib war kollabirt, aber nirgends beim Drucke empfindlich, die Extremitäten fühlten sich kalt an. Der früher muntere Knabe war in der letzteren Zeit sehr verdriesslich geworden, schlief unruhig, griff oft nach dem Kopfe, rieb Augen und Nase, hüstelte zuweilen und bohrte den Finger in das rechte Ohr. Die Respiration war beschleunigt und der Puls frequent, übrigens regelmässig. Dieses war der Zustand, in welchem ich das Kind an dem angegebenen Tage antraf.

Am 16. Auf die drei ersten Kalomelpulver erfolgte Erbrechen, das später aus blieb. Die beiden ersten Stühle waren gelblich, der dritte grün. In den Morgenstunden bekam das Kind heftiges Fieber, rothe Wangen, starken Durst, die Respiration war beschleunigt und der Puls frequent. Darauf folgte eine Remission und Schweiss. Beim Eintritte des Fiebers wurde der linke Arm von Konvulsionen befallen und stossweise vor- und rückwärts gezogen. Den ganzen Tag lag das Kind in tiefem Sopor.

Am 17. Um Mittag und gegen Abend trat wieder heftiges Fieber ein, und beide Arme wurden von Konvulsionen ergriffen. Das Kind war äusserst mürrisch und unruhig, nahm es die Mutter auf den Arm, so wollte es wieder in die Wiege, und umgekehrt, wollte gern gewiegt sein und dabei gesungen haben. Die Temperatur war auch ausser den Fieberexazerbationen erhöht. Wiederholt Brechneigung und zweimal wirkliches Erbrechen schleimiger Massen, zwei grüne Stühle mit einem Spulwurme.

Am 22. Das Kind lag in tiefem Sopor, griff nach dem Kopfe, verdrehte die Augen, aufgeweckt kannte es die nächste Umgebung, kreischte und schlug um sich. Es trat wiederholt Würgen ein, ohne dass Erbrechen folgte; auch stellten sich mehrere Stühle ein und wurde eine ergiebigere Menge Urin ausgeleert; die Mundhöhle und Zunge war roth, mehrere Zähne im Durchbrechen begriffen, der Unterleib eingefallen, der Durst vermehrt, die Esslust völlig geschwunden, der Puls beschleunigt, klein, aussetzend. Leichenblässe wechselte mit Röthe der Wangen und die Augenwinkel sonderten ein schleimiges Sekret ab.

Am Tage vor dem Tode, der am 28. eintrat, bildete sich unter dem Unterkiefer auf der linken Seite eine harte Geschwulst, die bei der Berührung keinen Schmerz erregte.

Dreizehnter Fall.

Louise A., ein 16 Monate altes, zartes Mädchen, kränkelte schon im Dez. 1842, hatte ein blasses Aussehen und magerte immer mehr und mehr ab. Das Kind litt seit längerer Zeit an einem bald stärkeren, bald gelinderen Husten, und wurde in unregelmässigen Intervallen von Fieber befallen, der Puls war beschleunigt, die Respiration akzelerirt, der Durst vermehrt. Das Kind war äusserst verdriesslich und wurde schon unwillig beim Ansehen. Die Esslust nahm ab, die Zunge war anfangs gelblich belegt, mitunter wurden die Contenta des Magens, die sauer rochen, ausgebrochen, der Stuhl wechselte und war bald mehr flüssig, bald hart, lehmig und zähe und hatte meistens eine mehr weissliche Farbe. Der Unterleib war aufgetrieben, bald weich, bald gespannt, aber beim Drucke nicht empfindlich. Zuweilen hörte man lautes Poltern der Gase, ohne Abgehen von Flatus oder Ructus. Die Urinsekretion war anfangs nicht gestört, der Urin selbst oft wasserhell. Das Kind schlief unruhig, schreckte auf, stöhnte und ächzte, stiess plötzlich ein Geschrei aus, knirschte mit den Zähnen und bekam leichte Zuckungen an den Händen. Bald war die eine Wange, bald die andere geröthet, die Haut spröde und trocken, während der Kopf stark schwitzte.

Am 4. Februar 1843. Das bereits sehr abgemagerte Kind lag in einem tiefen soporösen Zustande, nur wurde es zuweilen aufgeregt, schrie dann laut auf, schlug mit den Händen um sich und trat mit den Füssen das Deckbett ab. Die Augen wurden oft starr auf einen Gegenstand gerichtet, und standen während der Schlummersucht bald ganz, bald halb offen, die Pupillen waren erweitert, die Bindehaut im inneren Augenwinkel leicht geröthet, die unteren Augenlider faltig, das Gesicht leichenblass und nur in den Fieberanfällen auf den Wangen geröthet, die Nase trocken, mit schwarzen Krusten am Eingange, die Zunge vorn rein und hinten gastrisch belegt. Würgen erschien häufiger als wirkliches Erbrechen, der Stuhl war träge, zähe und mit Schleim umwickelt, die Urinentleerung erfolgte sparsam und un-

willkürlich, der Unterleib war eingefallen, die Respiration stöhnend und seufzerartig, der Puls frequent und matt.

Am 5. In verflossener Nacht erbrach das Kind eine grüne Flüssigkeit. Die Augen rollten in ihrer Höhle hin und her und waren mit Schleimflocken überzogen, die Fingerspitzen und die inneren Handflächen hatten ein dunkelrothes Ansehen, und an den Fingern sah man die Venen dunkelblau durchschimmern. Die oberen und unteren Extremitäten wurden von Konvulsionen befallen.

Am folgenden Tage schwanden die Konvulsionen und kehrten nicht wieder zurück, auch wurden die Augen weniger verdreht. Das Kind folgte mit seinen Augen einem vorgehaltenen Lichte, hatte Abends eine brennende Hitze mit fliegenden Pulsen und unregelmässiger Respiration. Die Pupillen waren sehr erweitert, die Bindehaut geröthet. Es trat ein lehmiger Stuhl ein. Das Leben entfloh am nächsten Tage.

Vierzehnter Fall.

Friedrich A., ein 3jähriger munterer und blühender Knabe, wurde von einem hitzigen Fieber und katarrhalischen Husten befallen. Die Haut war brennend heiss, die Wangen roth, der Durst heftig, der Puls beschleunigt und kräftig anschlagend, die Zunge weisslich belegt, der Appetit geschwunden, der Unterleib aufgetrieben, in der Ileo-Cöcalgegend beim Drucke empfindlich, man vernahm daselbst ein Poltern der Gase, der Stuhl träge, der Kopf schmerzhaft, die Pupillen erweitert.

Als das hitzige Fieber allmählig wieder abnahm, trat ein soporöser Zustand ein, das Auge hatte ein stieres Aussehen, die Bindehaut sonderte viel Schleim ab, der die Haut an den Augenwinkeln exkoriirte. Die Augen waren nur halb geschlossen und wurden entweder nach oben oder nach der einen oder der anderen Seite gedreht; Blässe wechselte mit Röthe der Wangen; die Nase war mit schwärzlichen Schleimkrusten verstopft, an den spröden Lippen hingen abgeblätterte Fetzen, die Zunge war vorn rein und röthlich. Der Husten liess nach, die Respiration wurde leise und von seufzerartigen Athemzügen unterbrochen, der Puls beschleunigt, schwach und leer, der Unterleib kollabirt, der Stuhl verstopft, die Esslust fehlte ganz. Das sehr abgemagerte Kind lag auf dem Rücken mit weit auseinander gespreizten Beinen, erbrach sich mehrmals, liess wenig Urin, hatte eine trockene, spröde Haut und weinte beim Drucke auf die Wirbelsäule.

Es erschienen bald alle Zufälle, welche die Exsudationsperiode bezeichnen. Die Aeltern, welche den Tod des Kindes nahe glaubten, verweigerten alles fernere ärztliche Einschreiten. Ich sah daher das Kind in sechs Tagen nicht wieder, und fand es nun in folgendem Zustande: Das Kind war auf das Aeusserste abgemagert, lag in der Wiege und sah mit einem Bilde in der Hand die Umgebung an. Die Wangen hatten einen röthlichen Schein,

fühlten sich aber kalt an. Die Stirne, die Glabella und die Augenlider waren ödematös aufgedunsen, der Blick wieder normal, die Gefässinjektion der Bindehaut geschwunden, die Eitersekretion an den Augen im Abnehmen begriffen. Das Kind hustete mühsam, und weinte mit heiserer Stimme. Die Nase sonderte Schleim ab, die Zähne hatten einen schmutzigen Ueberzug, die Zunge war rein, die Esslust fehlte, der Bauch kollabirt, Stuhl- und Urinentleerung erfolgten unwillkürlich. Erbrechen war an den vorigen Tagen noch eingetreten, und erfolgte auch in meiner Gegenwart, als die Mutter das Kind auf den Schooss nahm. Es bestand aus grünen, schleimigen Massen. Ueber die ganze Haut war ein Masern ähnliches Exanthem ausgebrochen, das gruppenweise stand. In der ganzen Umgegend herrschten weder Masern, noch Scharlach. An der Wade, wo früher ein Vesikator gelegen, sah man eine bläulichrothe Blutunterlaufung. Verordnet wurde Extr. c. aur. mit Tr. rhei vinos. und Tr. valerian. aeth.

Nach zwei Tagen, wo ich das Kind wieder sah, lösete sich die Oberhaut in grossen Lappen ab. Das Kind war sehr verdriesslich und weinerlich, und brach die genossenen Speisen und Getränke wieder aus. Mit harten Fäkalmassen ging Blut und Schleim ab. Allmählig verlor sich das Erbrechen, die Esslust nahm zu und die Genesung machte Fortschritte. Als das Kind wieder anfing zu gehen, bemerkte man eine unvollkommene Lähmung der Beine, die aber allmählig wieder schwand. Der Knabe erfreut sich jetzt der besten Gesundheit.

Fünfzehnter Fall.

Julius D., ein 1jähriger, kräftiger Knabe, war seit längerer Zeit verdriesslich und aufgeregt. Er erbrach gewöhnlich mehrmals im Laufe des Tage Schleimmassen, hatte eine gastrisch belegte Zunge und grüne Stuhlausleerungen, und war in der letzteren Zeit besonders an den Extremitäten abgemagert.

Am 1. März 1843 war der Zustand so ziemlich derselbe, wie vor 4 Wochen. Nur hatte die Mutter gestern einen eiterartigen Ausfluss aus dem rechten Ohre bemerkt, der auch heute noch bestand. Das Kind bekam zuweilen rothe Wangen und einen stieren Blick. In den Abendstunden wurden die Wangen plötzlich scharlachroth, mit einem weisslichen Zuge um Mund und Nase, die Augen starrten, die Pupillen waren erweitert, die Daumen in die Hohlhand eingeschlagen. Das Kind lag ganz ruhig und hatte leichte Zuckungen. Nach einigen Augenblicken wich die Scharlachröthe des Gesichtes einer auffallenden Blässe, nachdem eine tiefe Inspiration vorausgegangen. Dieser Zustand wiederholte sich im Laufe einer Stunde mehrmals, kehrte aber in der folgenden Nacht nicht wieder.

Am 2. In den Morgenstunden hatte das Kind eine brennende Hitze und einen stieren Blick, der auf die Berührung der Cilienspitzen gleich schwand. Es rieb oft die Nase und fuhr mit

der Hand nach dem leidenden Ohre, dessen Eitersekretion vermehrt schien. Zugleich schmeckte es fortwährend mit den Lippen, zog die Unterlippe einwärts, verrieth Uebelsein und erbrach wiederholt das kaum genossene Getränk wieder aus. Gegen Abend, wo ein reichlicher Kalomelstuhl eintrat, hatten die Hitze und das Erbrechen sich verändert, der Puls war weniger frequent, die Zunge noch gelblich belegt, der Urin röthlich. Das Kind zeigte mehr Theilnahme, weinte wenig, schlug mit der rechten Hand auf die Bedeckung und bewegte den rechten Fuss hin und her, während die linke Hand und der linke Fuss sich ruhig verhielten, nur führte es mitunter die rechte Hand flüchtig nach dem leidenden Ohre oder über die Nase hin. Der Unterleib war kollabirt, mehrmals gingen Flatus ab.

Am 3. trat weder Brechreiz, noch wirkliches Erbrechen ein, die Zunge hatte sich vorn gereinigt, drei Stühle mit vielen laut schallenden Blähungen erfolgten, der Ohrenfluss war stärker, die Wangen geröthet, der Puls beschleunigt, weder aussetzend noch doppeltschlägig, die Temperatur am Kopfe erhöht, die Pupillen erweitert, die Augen wurden nach oben gedreht oder standen stier, das Starrsehen verlor sich nach einem tiefen seufzerartigen Athemzuge.

Am 4. Es stellten sich mehrere Kalomelstühle ein. Das Kind schlug mit der rechten Hand auf die Decke, die linke Hand und der Vorderarm dieser Seite waren bedeutend geschwollen, die innere Fläche aller Finger und beider Hände hatten ein bläulichrothes Aussehen. Erhöhte Temperatur war am Kopfe nicht wahrzunehmen, die erweiterten Pupillen reagirten noch bei einfallendem Lichte, Oszillationen der Iris wurden nicht bemerkt, die Augen selbst aber waren beständig in Bewegung und drehten sich bald nach oben, bald nach aussen, nur zuweilen war der Blick stier, die Augenwinkel sonderten Schleim ab, das Gesicht war blass und die Nase trocken. Die Respiration war in dem einen Augenblicke beschleunigt, mit lauteren Athemzügen, in dem anderen dagegen wurde sie wieder leise und von Seufzern unterbrochen, der Puls war beschleunigt, die Daumen in die Hohlhand eingeschlagen. Ein gelinder Husten trat ein, verbunden mit Schleimröcheln. Am folgenden Tage starb das Kind unter Konvulsionen.

Sechszehnter Fall.

Josephine D., ein 5 Monate altes, gut genährtes Kind, war seit etwa 14 Tagen sehr weinerlich und verdriesslich, und hatte oft ein krampfhaftes Schütteln des Kopfes, mit konvulsiven Rückungen des einen oder anderen Armes. Auch starrte das Kind häufig, und drehte die Augen bald aufwärts gegen die Zimmerdecke, bald nach der einen oder anderen Seite. Das Auge war matt und mit einzelnen Schleimflocken überzogen, die Pupillen etwas erweitert, die Nase trocken, die Zunge auf der Wurzel gastrisch belegt, der Stuhl trat mehrmals täglich ein und war

zähe, klumpig, schleimig, gehackt, der Unterleib weden heiss, noch aufgetrieben und bei der Berührung nicht schmerzhaft, die Urinsekretion ging nach Aussage der Mutter ohne Störung vor sich. Das Kind weinte mit einem eigenthümlichen Tone, zog die Unterlippe oft einwärts und nahm die Brust noch gerne, wurde aber durch das konvulsive Kopfschütteln am Saugen gehindert. Das linke Ohr sonderte seit einiger Zeit mehr Schleim ab als das rechte, die Berührung des linken Ohres und Zitzenfortsatzes schien schmerzhaft zu sein; die Umgegend des linken Ohres fühlte sich wärmer als auf der entgegengesetzten Seite an, auch röthete sich zuweilen die linke Wange. Das Kind hatte in den Händen Hitze, schreckte oft aus dem Schlafe auf und fuhr mit den Händen aufwärts. So war der Zustand am 4. Januar 1846. Nach einer örtlichen Blutentziehung erhielt das Kind kleine Gaben Kalomel mit Flor. zinc. und Lap. cancror.

Am folgenden Tage bemerkte man das Kopfschütteln und die rüttelnden Bewegungen der Arme viel seltener. Auch hatte das Kind seltener einen stieren Blick, dagegen lag es mehrere Stunden in einem soporösen Zustande.

Am 6. Es erfolgten mehrere weissliche, zähe, glänzende Stühle, und trat Hitze und Röthe der Wangen ein. Das Kind konnte ungehindert saugen, ertrug die Berührung des leidenden Ohres und folgte mit seinen Augen vorgehaltenen Gegenständen. Der Blick war nicht mehr stier, die Augen aber noch mit Schleim überzogen. In dem linken Gehörgange sah man eine ringförmige Ablagerung von eingetrecknetem, dunkelgelbem Schleime. Im Halse hörte man ein Geräusch, wie vom gewaltsamen Schliessen und Oeffnen des Kehldeckels.

Am 8. Es erfolgte kein Erbrechen, aber traten mehrere grüne Stühle mit Flatus ein. Ehe die Stuhlausleerung sich einstellte, wurde das Kind unruhig, trat mit den Beinen und weinte laut. Der Unterleib war kollabirt, die Urinsekretion nicht auffallend gestört, die Schleimabsonderung im linken Gehörgange vermehrt. Das Kind lag in soporösem Zustande mit halboffenen Augen, und hatte den Mund oft weit geöffnet. Es schreckte leicht auf und fuhr dann mit den Händen aufwärts, und wurde beim Aufnehmen vorübergehend betäubt. Die Wangen waren geröthet, und Schweiss bedeckte den Kopf.

Am 10. Der ganze Körper wurde konvulsivisch erschüttert, besonders stark waren die Konvulsionen des rechten Armes. Der Kopf wurde nach der rechten Seite gedreht. Auf einzelne beschleunigte Athemzüge folgte ein momentaner Stillstand der Respiration.

Am 11. Das Kind lag in einem tiefen soporösen Zustande, und nahm seit gestern die Brust nicht mehr. Die Augen standen weit offen und drehten sich oft in den inneren Augenwinkel, die Pupillen waren erweitert. Auf der Nasenwurzel sah man ein leichtes Oedem, und an den Augen eine eiterige Absonderung.

Das an den vorigen Tagen nur zeitweise hörbare eigenthümliche Geräusch im Halse war jetzt andauernd. Beim Husten traten Bläschen vor den Mund, das Sekret im linken Ohre war eingetrocknet, der Puls sehr beschleunigt und klein, die Wangen leicht geröthet, ohne sich jedoch heiss anzufühlen, dagegen war die Palmarfläche der Hände brennend heiss und trocken, die Kniee waren aufwärts gerichtet und wurden schaukelnd hin und her bewegt, die Konvulsionen des rechten Armes währten fort, während der linke Arm sich passiv verhielt. Nachts starb das Kind.

Siebenzehnter Fall.

Johann F., ein 6jähriger, äusserst kräftiger Knabe, bekam vor etwa sechs Wochen einen epileptischen Anfall, der am 11. März 1843 wieder erschien. Der Knabe war ganz bewusstlos und delirirte, Blässe des Gesichtes wechselte mit Röthe, der Kopf und die übrige Haut fühlte sich heiss an, der Puls war beschleunigt und zusammengezogen, die Zunge gastrisch belegt, die Nase enthielt vertrocknete schwärzliche Schleimkrusten. Der Knabe hatte sich in voriger Nacht gebrochen und erbrach sich auch später, bohrte mit dem Finger in den Gehörgang und fuhr mit den Händen nach dem Kopfe. Es wurden sechs Blutegel applizirt und innerlich ein Inf. senn. comp. mit Tart. natron. gegeben.

Am folgenden Tage dauerte die Bewusstlosigkeit und das Delirium noch fort, auch war das Fieber noch heftig, der Puls fliegend, gross und voll, der Durst stark, die Pupillen verengert, zwei Stühle waren eingetreten. Der Knabe erhielt ein Infus. fol. senn. mit Kal. nitr. und Magnes. sulph.

Am 16. In verflossener Nacht delirirte der Knabe noch, am Tage hatte er mitunter einen stieren Blick und verdrehte die Augen, auch griff er nach Kopf und Ohr, rieb die Nase oder bohrte in dieselbe den Finger, zerrte an den Lippen und trennte die losgelöste Haut ab. Die Pupillen waren erweitert, beim Weinen flossen Thränen, die Nase sonderte wieder Schleim ab, das hitzige Fieber hatte sich bedeutend vermindert, der Puls war ruhiger, die Zunge fast ganz rein, die Verdriesslichkeit gross, die Esslust fehlte, es traten einige Stühle ein, der Urin wurde selten, aber dann in grosser Menge gelassen, war hell und klar, strohgelb und ohne Sediment. Die Genesung ging von diesem Tage an raschen Schritten fort.

Achtzehnter Fall.

Eduard C., 16 Monate alt und an der Mutterbrust gut genährt, kam mit seiner Schwester, als sie eben vom Scharlachfieber Konvaleszentin war, in nähere Berührung und setzte sich bei kalter Witterung durch Weglassen der gewöhnlichen Kopfbedeckung einer Erkältung aus. Die Aeltern hielten das Unwohlsein für Dentitionsbeschwerden und gaben dem Kinde Syr. rhei, worauf eine mehrtägige Diarrhoe folgte.

Am 5. Dez. 1844 wurde ärztliche Hülfe nachgesucht. Das Kind hatte noch einen gelinden Durchfall und war sehr verdriesslich, die Esslust war zwar gestört, aber die Brust wurde doch noch gern genommen. Die Zunge war weissgelblich belegt, der Durst vermehrt, der Unterleib weich und bei der Berührung nicht empfindlich. Das Kind hatte heftiges Fieber, welches Morgens remittirte und Abends exazerbirte, der Puls war frequent, weich und voll, die Respiration beschleunigt. Das Schlingen schien erschwert, auf beiden Seiten waren die Mandeln geschwollen und bei der Berührung schmerzhaft, die Haut fühlte sich rauh an, besonders im Gesichte und an den Armen, ohne dass sich jedoch ein Ausschlag bemerkbar machte. Die folgende Nacht verlief sehr unruhig, das Kind war sehr mürrisch und hatte einige gelbliche Stühle, das Fieber war im Laufe des Tages noch hitzig und der Durst gross, die Respiration schnarchend.

Am 8. Das Kind schlummerte den ganzen Tag mit halb offenen Augen, und verrieth weniger Empfindung bei Berührung der geschwollenen Mandeln. Die Geschwulst hatte auf der rechten Seite die Grösse einer Wallnuss, auf der linken Seite war sie dagegen etwas kleiner. Das Schnarchen war stark und mit Schleimrasseln verbunden, die rechte Nasenhöhle flüssig. Die Zunge lag vorn im Munde, und wurde spielend über die Zähne hin und her bewegt, der Durst hatte sich vermindert, so wie auch die Fieberhitze, Kongestionen gegen den Kopf wurden nicht wahrgenommen, der Puls war beschleunigt, weich und weniger voll, der Durchfall hatte aufgehört, der Unterleib kollabirte, die Haut dünstete gelinde aus. Das Kind hielt bald die Rücken- bald die Seitenlage ein, hatte die Füsse angezogen, mit aufstehenden Knieen, und trat gern die Bedeckung ab.

Abends 10 Uhr. Die Temperatur der Haut war erhöht, das Gesicht geröthet, besonders die rechte Wange, der Puls frequent und kräftiger, das Kind lag in tiefem Sopor mit halb offenen Augen, die Cornea war nach oben gekehrt und die Pupillen erweitert, mitunter hatte das Kind einen stieren Blick und richtete sich mit dem ganzen Körper auf.

Am 9. Es folgte eine sehr unruhige Nacht, das Kind richtete sich oft in die Höhe und gab ein durchdringendes, kreischendes Geschrei von sich, bekam wiederholt Brechreiz, trat die Bedeckung ab und legte sich bald auf den Rücken, bald auf die eine oder andere Seite, so aber, dass, wenn der Kopf nach rechts lag, die Füsse nach links gedreht wurden, und umgekehrt. Die Respiration war zwar noch schnarchend, aber nicht mehr beschleunigt, von tiefen Seufzern unterbrochen, der Puls frequent und weich, die Haut trocken, das Gesicht blass, die Physiognomie ernst und leidend, der Mund geöffnet, die Augen in die Orbita zurückgetreten, nur halb geschlossen, mit aufwärts gekehrter Cornea. Das Kind kratzte sich oft auf den Kopf, der keine erhöhte Temperatur zeigte, und hatte häufig Brechneigung, wobei

die rein gewordene Zunge, kahnförmig geformt, weit aus dem Munde gesteckt wurde. Aus dem rechten Nasenloche floss Schleim, der in Bläschen ausgestossen und wieder zurückgezogen wurde. Die Halsgeschwulst hatte sich bis unter das Kinn ausgebreitet und war hart, schien aber wenig zu schmerzen.

Am 10. traten mehrere Kalomelstühle ein, denen Unruhe und Poltern im Leibe vorherging. Der soporöse Zustand dauerte fort, die Bindehaut zeigte rothe Gefässbüschel, die Pupillen waren enge zusammengezogen, erweiterten sich aber, wenn das Kind aus dem Schlummer geweckt wurde. Die Besinnung kehrte dann erst allmählig wieder zurück, das Kind sah anfangs mit einer Art von Staunen die Umgebung an, und liess bald das linke obere Augenlid herunter fallen. In dem Augenblicke, wo das Bewusstsein momentan zurückkehrte, trank das Kind gern, fasste selbst mit seinen zitternden Händen das Glas an und setzte es an den Mund, sank aber dann wieder in einen tiefen Sopor. Gestern lag das Kind meistens auf dem Rücken und wendete den Kopf stets nach der rechten Seite, während es heute den Kopf nach der linken Seite drehte und die Beine im Knie gebogen weit auseinander spreizte. Es schlug mit der einen Hand auf die Bedeckung und liess die anderen auf den Genitalien ruhen, richtete den Körper nicht mehr gewaltsam auf und stiess seltener das gellende Geschrei aus.

Am 11. Das Kind lag in einem apathischen Zustande auf dem Rücken und hatte den Hinterkopf tief in's Kissen eingebohrt, die Beine gerade ausgestreckt und auseinander gespreizt, führte zuweilen die Hand nach der Vesikatorstelle, äusserte aber beim Verbinden keinen Schmerz. Es liess sich nur momentan aufwecken, und hatte dann einen verstörten Blick, nahm nur wenig zu sich und bekam selten Brechreiz. Das Schnarchen hatte sehr abgenommen, die leise Respiration wurde zeitweise von tiefen Seufzern unterbrochen, der Puls schlug langsam und schwach, die Nase sonderte keinen Schleim mehr ab, dagegen triefte aus den Augenwinkeln ein eiterartiges Sekret, das Gesicht war blass und kalt, die Stirne aber heiss, die Zunge rein, roth und feucht, Stuhl und Urinausleerung zu verschiedenen Malen erfolgt. Die Pupillen waren während des Sopors verengert, erweiterten sich aber beim Aufwachen des Kindes. Es schien dann weinen zu wollen, ohne dass es jedoch dazu kam, und schlug in diesem Augenblicke gewaltsam mit den Beinen. Berührte man nur die Spitze der Cilien, so schlossen sich gleich die halb offenstehenden Augen ganz zu. Die Abmagerung war schon weit vorangeschritten.

Am 12. In den Nachmittagsstunden trat heftiges Fieber ein, die Haut war brennend heiss, die Wangen geröthet, der Puls sehr frequent. Darauf folgte Schweiss, der vom Kopfe triefte. Das Kind machte anhaltend kauförmige Bewegungen, schmeckte mit den Lippen oder zog hastig die Unterlippe ein-

wärts, fuhr mit der Hand über den Mund und steckte den Finger in denselben. Getränke wollte es durchaus nicht mehr nehmen, und zog beim Darreichen den Mund fest zusammen. Dieses that es auch, wenn man nur mit dem Finger das Kinn berührte. Zuweilen erschien noch Brechreiz. Die Augen waren beständig in Bewegung, die Pupillen erweitert, die Nasenspitze und Lippen roth, die Handflächen dunkelroth, Stuhl- und Urinausleerung sparsamer als gestern. Auch heute hielt das Kind die Rückenlage ein, mit weit auseinander gelegten Beinen.

Am 13. Die kauförmigen Bewegungen mit dem Munde dauerten bis in die Nachmittagsstunden fort. Das Kind wollte auch heute keine Getränke nehmen, und hielt beim Darreichen den Mund fest geschlossen. Es traten enteritische Zufälle ein. Das Schnarchen hatte sich verloren. Um den Mund, auf der Brust und dem Bauche sah man einzelne rothe Flecke. Die Augen wurden ganz in den inneren Augenwinkel gedreht, und der Kopf oft gekratzt.

Am 14. Die rothen Flecke im Gesichte kamen und verschwanden wieder. Am linken Vorderarme bemerkte man an einer Stelle Abschuppung der Haut. Auf dem Kopfe fanden sich einzeln und gruppenweise stehende, selbst konfluirende Pusteln von der Grösse einer Linse bis zu einer dicken Erbse. Die Pusteln enthielten eine dicke, gelbliche Flüssigkeit, mit Röthe und Anschwellung der Umgebung, und bluteten beim Aufkratzen. Einzelne Pusteln kamen noch nach, platzten bei leichtem Drucke und verursachten starkes Jucken. Unter Konvulsionen verschied am 17. das Kind des Nachts.

Neunzehnter Fall.

Maria H., ein 11 Monate altes, an der Mutterbrust gut gediehenes Mädchen, wurde am 24. April 1846 ohne bekannte Ursache von Konvulsionen befallen, die sich mehrmals wiederholten. Das Kind hatte am ganzen Körper eine brennende Hitze, die gegen Abend noch mehr zunahm, und starken Durst. Der Puls war frequent, gross und voll, die Zunge, weiss belegt, wurde im Munde hin und her gedreht oder über die Lippen ausgestreckt nach der einen oder anderen Seite bewegt, der Stuhl war lehmig und gehackt, der Unterleib weich, weder aufgetrieben noch eingefallen, auch beim Drucke nicht schmerzhaft, die Urinausleerung nicht besonders gestört. Das Kind war sehr aufgeregt und unruhig, verrieth keine Lichtscheu, hatte aber einen eigenthümlichen Blick mit kontrahirten Pupillen. Ungeachtet der Aufregung hatte es doch Hang zur Schlummersucht. Auf der Nasenwurzel sah man blaue Venen durchschimmern. Es wurden 4 Blutegel an den Kopf gesetzt, und innerlich neben einer Auflösung von Natr. nitr. Pulver und Kalomel mit Fl. zinc. gegeben.

Am 25. Die Konvulsionen setzten heute über 12 Stunden

aus. Das Kind erbrach sich einmal, kaute viel mit dem Munde und hatte mehrere Stühle mit laut schallenden Flatus.

Am 26. Die Fieberhitze hatte sich zwar vermindert, aber nicht gänzlich verloren. Der Puls war auffallend langsam geworden, ohne jedoch unregelmässig zu sein, gegen Abend nahm er wieder an Frequenz zu. Der Kopf fühlte sich überall heiss an, das obere Lid des linken Auges war sehr ödematös geschwollen, die Finger waren flektirt und die Daumen in die Hohlhand eingeschlagen. Der rechte Arm schien gelähmt zu sein, der linke dagegen war steif, beide Arme wurden zuweilen von konvulsiven Rückungen befallen.

Am 27. Das Kind lag in komatösem Zustande. Der Kopf war heiss, die Stirne und das Gesicht mit Schweiss bedeckt, die Wangen geröthet, aus den Augen triefte ein klebriger Schleim, die Pupillen hatten sich nicht erweitert, der Puls war frequent, der rechte Mundwinkel zuckte und starke Konvulsionen ergriffen beide Arme. An diesem Tage starb das Kind.

Zwanzigster Fall.

Elisabeth E., 25 Wochen alt, gedieh an der Mutterbrust gut. Anfangs Dez. 1847 wurde es von einem heftigen Reizhusten befallen, der jeden Augenblick eintrat. Auf den Gebrauch von Emulsionen aus Natr. nitr., Kal. acet. und Vin. stib. nahm der Husten allmählig ab und wurde loser. Das Kind war indess sehr verdriesslich und weinerlich, und bekam eine ganz auffallend blasse Gesichtsfarbe. Zugleich wurde es schlummersüchtig, schlief unruhig, schreckte auf und erbrach sich zuweilen, jedoch im Ganzen selten. Der Stuhl war immer sehr träge und erfolgte gewöhnlich erst den dritten oder vierten Tag, und war häufig grün, lehmartig und zähe; an dem Tage, wo wieder ärztliche Hülfe nachgesucht wurde, hatte er eine hellgelbe Farbe und zähe Beschaffenheit. Der Urin hatte an diesem Tage die Windeln gefärbt, und sollte vor dieser Krankheit einen starken Geruch gehabt haben. Der Kopf, dessen ovale Stirne stark hervorragte, fühlte sich heiss an, die Zunge war vorn rein und hinten gastrisch belegt. Das Kind hatte oft einen stieren Blick und wurde momentan betäubt, beim Nachlasse der Betäubung war es unruhig und weinte viel, und rieb den Hinterkopf hin und her auf dem Arm der Mutter. Die Pupillen waren erweitert, kontrahirten und dilatirten sich abwechselnd während des Starrsehens, die Augen nur halb geschlossen, mit nach oben gekehrter Cornea, die Respiration leise, kaum hör- und sichtbar, von tiefen Seufzern unterbrochen, der Puls beschleunigt, ohne sonstige Unregelmässigkeit. An dem Mundwinkel und den Fingern sah man leichte Zuckungen.

Am dritten Tage der Behandlung. Das Kind schlummerte anhaltend, die Augen waren mehr geschlossen und mit einem eiterartigen Schleime überzogen, die Pupillen sehr erweitert, die Temperatur am Kopfe erhöht, am stärksten in der Hinterhaupts-

gegend, die Wangen geröthet, besonders die linke, die Nase und der äussere Gehörgang sonderten keinen Schleim ab, die Ohrmuscheln hatten eine dem weissen Wachs ähnliche Farbe. Der Mund stand offen, und in denselben wurde der Finger gesteckt, das Erbrechen blieb aus, die Brust wurde noch genommen. Vor dem Eintritte des Stuhles war das Kind unruhig, und hörte man Knurren im Leibe.

Am sechsten Tage der Behandlung. Der Sopor dauerte an, das Kind lag in einer halben Seitenlage, mehr nach rechts, das Gesicht war blass, die linke Wange mitunter geröthet, die Augen ganz geschlossen, der Mund nach links verzogen, in der Mitte und im rechten Winkel weit offen, Respiration leise und seufzerartig, der Husten war lose und weniger kräftig, und erschien seltener, das Schlingen war erschwert, die Brust wurde nicht mehr genommen. Sobald Getränke eingeflösst wurden, entstand Husten. Der Puls war beschleunigt und schwach, das linke Bein gerade ausgestreckt, das rechte dagegen im Knie gebogen, ruhte mit dem Fusse in der Kniekehle des anderen. Ungeachtet der gereichten Abführmittel zessirte der Stuhl seit zwei Tagen; auch wurde wenig Urin gelassen.

Das Kind öffnete einige Male leise die Augen und sperrte sie dann weit auf, drehte sie erst in den inneren Augenwinkel und darauf plötzlich in den äusseren oder starrte auf einen Augenblick. Die Pupillen waren in diesem Momente sehr erweitert, zogen sich aber abwechselnd wieder zusammen. Endlich wendete das Kind die Augen unter das obere Augenlid, und hatte dann auf das Engste kontrahirte Pupillen, die sich später wieder erweiterten. Diese Prozedur trat oft ein. Das Kind starb bald.

Einundzwanzigster Fall.

Maria H., ein 16 Monate altes, gut genährtes Kind, war schon acht Tage krank, als ärztliche Hülfe nachgesucht wurde. Das Kind nahm die Brust noch gern, hatte aber täglich 3 bis 4 mal Milch und Schleim gebrochen und dabei einen verstopften Stuhl.

Am 26. Juni 1848 war der Zustand also: Das Kind war verdriesslich und schlummersüchtig, schlief unruhig, schreckte auf und fuhr dann mit den Händen nach dem Kopfe oder rieb die Nase. Röthe wechselte mit Blässe des Gesichtes, die Wangen waren rosenroth und fühlten sich doch kalt an, der Kopf hatte keine erhöhte Temperatur, der Puls war ruhig und langsam, die Hände eiskalt und die Füsse nicht recht warm, die Respiration leise, mit seufzerartigen Athemzügen. Erbrechen und Verstopfung dauerten fort. Die erste Stuhlausleerung, welche auf die Anwendung eines Inf. senn. comp. mit Tart. natron. erfolgte, war zähe und übelriechend und enthielt Ueberreste unverdauter Speisen. Die Zunge war gastrisch belegt, der Unterleib weder aufgetrieben, noch kollabirt oder empfindlich beim Drucke, der Urin reichlich, hell und

klar, wie schwacher Rheinwein aussehend mit herumschwimmenden Flocken, die Nase sonderte einen Schleim ab, Lichtscheu fehlte, Thränen flossen nicht immer beim Weinen.

Am 30. Seit gestern Abend hatte sich das Kind achtmal gebrochen und drei Stuhlausleerungen gehabt. Der soporöse Zustand war auffallend, die Augen ganz geschlossen, mitunter Schmecken mit dem Munde und lautes Kreischen. Während des soporösen Zustandes sagte das Kind: „Nein, Nein," und wurde dann unwillig. In diesem Momente überzog beide Wangen eine dunkele Röthe, die sich bald nachher wieder verlor. Von Zeit zu Zeit hörte man ein trockenes Hüsteln.

Am 1. Juli. Es traten drei Kalomelstühle ein. Aus dem soporösen Zustande erwacht, sagte das Kind: „Auf, Auf!" und wollte auf den Schooss der Mutter, während es bisher nur in der Wiege liegen wollte. Das Kind war sehr mürrisch und wurde noch ärgerlicher, wenn man es ansah oder auch nur seinen Namen nannte. Die Temperatur war am Kopfe kaum über den Normalgrad erhöht, das Auge zeigte keine Lichtscheu, Hände und Füsse fühlten sich fortwährend eiskalt an, wie in der hydrokephalusartigen Krankheit aus Erschöpfung.

Am 2. Juli. Das Kind lag mit geschlossenen Augen und erweiterten Pupillen in einem apathischen Zustande, hatte einen stieren Blick und drehte das eine Auge in den äusseren, das andere dagegen in den inneren Winkel. Die Pupille war auf dem rechten Auge bei weitem stärker dilatirt, als auf dem linken, wo sie kaum erweitert schien. Das Kind griff nach dem Kopfe, schlug mit der linken Hand auf das Bett oder trat die Bedeckung ab, steckte den Zipfel des Betttuches in den Mund oder biss auf seine Finger, so dass sie roth wurden.

Am 5. starb es unter Konvulsionen.

Zweiundzwanzigster Fall.

Thomas Sch., 10 Monate alt und an der Mutterbrust gut gediehen, war von Geburt an hartleibig und litt seit einiger Zeit an epidemischem Keuchhusten und bereits seit mehreren Tagen an den gewöhnlichen Zufällen dieses Hirnleidens. Hitze war am Kopfe nicht wahrzunehmen, die Stirne fühlte sich sogar kalt an, das Kind ertrug die Berührung des Kopfes wohl von seiner Mutter, nicht aber von mir. Erbrechen erfolgte an dem Tage, wo ich das Kind zum ersten Male besuchte, nur einmal ausser den Keuchhustenanfällen. Beim Niesen entleerte sich viel Schleim aus der Nase, zuweilen erfolgten Gähnen, Ructus und Flatus. Das Kind griff nach dem rechten Ohre oder zog an dem Ohrläppchen, oder schlug mit der Hand an den Kopf. Die linke Hand wurde zeitweise von einem starken konvulsiven Zittern befallen. Der Urin floss sparsam, sah jumentös aus und bildete nach einer Weile ein dickes flockiges Sediment, während die übrige Flüssigkeit ein matt strohfarbiges Aussehen hatte. Am folgenden Mor-

gen sah der Urin wie alter Rheinwein aus, und hatte sich der Bodensatz mehr als um die Hälfte vermindert und eine schwach gelbliche Farbe angenommen.

An den folgenden Tagen bestand der Urin aus einem weisslich trüben Fluidum und einem schleimigen Bodensatze. Das Glas, worin er aufgefangen, war angelaufen. Auffallend oft gingen laut schallende Flatus ab. Der Mund stand bald weit offen, bald war er mehr geschlossen, die Zunge hatte sich aufwärts geschlagen und berührte mit der Spitze den harten Gaumen. Der Keuchhusten trat zwar noch oft ein, nahm aber an Intensität ab und gestaltete sich mehr als ein bald stärkeres, bald gelinderes Anstossen, so aber, dass der eine Stoss schnell dem anderen folgte, und endete nicht immer mit Erbrechen. Der Kopf wurde konvulsivisch von der einen Seite nach der anderen geworfen, und selbst episthotonisch nach hinten übergezogen. Am 10. Tage der Behandlung gab das Kind den Geist auf.

Dreiundzwanzigster Fall.

Maria M., ein 7jähriges, früher gesundes Mädchen, war bereits einige Zeit krank und klagte mehr über den Kopf als über den Bauch. Vor etwa 12 Tagen gingen 2 Spulwürmer mit dem Stuhle ab. Darauf trat Erbrechen ein, das sich nach jedem Genusse von Speisen und Getränken wiederholte und 7 Spulwürmer nach oben ausleerte. Die Esslust verlor sich, die Zunge war weisslich belegt und an der Spitze geröthet, der Stuhl zessirte mehrere Tage, der Leib war kollabirt, die Urinsekretion spärlich. Das Kind lag ganz ruhig im Bette und schlummerte anhaltend, Röthe des Gesichtes wechselte mit Blässe, bald waren beide, bald nur eine Wange geröthet, am häufigsten die linke, das Auge lichtscheu, die Pupillen erweitert, bei hellem Lichte sich aber kontrahirend, die Nase trocken, die Lippen aufgesprungen, die Respiration leise, von tiefen Seufzern unterbrochen, der Puls gereizt, schwach, sonst regelmässig, die Temperatur erniedrigt, die Haut trocken. An den Armen sah man einen feinen der Gänsehaut ähnlichen Ausschlag. Das Kind delirirte, hatte einen stieren Blick und bewegte die Augen träge.

Es schien anfangs ungeachtet des misslichen Zustandes eine günstigere Wendung einzutreten. Allein die Besserung war nur scheinbar und von kurzer Dauer. Am 4. Tage der Behandlung erhob sich in den späten Abendstunden ein heftiges Fieber, der Puls war beschleunigt und voll, die Respiration blieb aber ruhig und seufzerartig, das Kind war nicht aus dem Sopor zu wecken und delirirte, die Pupillen hatten sich sehr erweitert, die halb offenen Augen schlossen sich bei Annäherung eines Lichtes unter zuckenden Bewegungen. Der Stuhl zessirte, und im Laufe des Tages wurde nur einmal Urin gelassen.

Am folgenden Morgen erfolgte unwillkürlich ein übelriechender Stuhl mit 2 Spulwürmern. Den ganzen Tag dauerte der so-

poröse Zustand fort, das Kind liess sich nicht zum Bewusstsein bringen, sondern war beim Aufwachen betäubt und verwirrt. Das eingeflösste Getränk lief wieder aus dem Munde. Gegen Abend kam ein allgemeiner Schweiss, besonders stark am Kopfe, der Puls war äusserst frequent, gross und weich. Das Kind steckte das Betttuch in den Mund. Die linke Hand zuckte, die rechte war gelähmt. Der Kopf lag auf der rechten Seite, das rechte Bein war gerade ausgestreckt, das linke dagegen im Knie gebogen und stützte sich mit der Ferse auf den inneren Knöchel des anderen Fusses. Schon nach dem Gebrauche von 4 Gran Kalomel erschienen Merkurialgeschwüre am Zahnfleisch mit Anschwellung der Unterlippe. Am 6. Tage der Behandlung entfloh das Leben.

Vierundzwanzigster Fall.

Anton K., ein 10½ Jahre alter, gut entwickelter und bisher gesunder Knabe, dessen 4jährige Schwester an Hydrocephalus acutus gestorben, war seit mehreren Wochen ärgerlich und verdriesslich, hatte wenig Appetit und klagte zeitweise über Kopf- und Bauchschmerzen. Die Gesichsfarbe wechselte, war bald leicht geröthet, bald ganz auffallend blass. Der Kranke klagte über Frösteln, und hielt sich gern in der Nähe des Ofens. In der rechten Achselhöhle waren die Drüsen etwas geschwollen. Spontan gingen 3 Spulwürmer mit dem Stuhle ab. Nach dem Einnehmen von Sem. cinae, welches der Onkel seinem Enkel gab, erfolgte Erbrechen, das früher fehlte.

Am 10. März trat Diarrhoe ein, die am folgenden Tage einer Verstopfung wich. Der Knabe klagte über Schmerz in den Schläfen, der Urin floss spärlich und war weisslich, trübe, die Zunge fast rein.

Am 12. Der Knabe hielt sich noch den ganzen Tag ausser dem Bette, legte den Kopf auf den Tisch und schlummerte; er hatte keine Lichtscheu, sondern konnte sogar in das Sonnenlicht sehen und sah durch das Fenster die Schulkinder draussen spielen. In der folgenden Nacht war er sehr unruhig, fuhr plötzlich auf und delirirte heftig.

Am 13. Der Knabe lag in den Morgenstunden auf dem Rücken im Bette und schaute nach unten. Die Wangen waren leicht geröthet, die Pupillen erweitert, die Stirne heiss, die Respiration ruhig, der Puls langsam und wenig gefüllt, die Haut trocken, der Unterleib kollabirt, der Stuhl trat unwillkürlich ein. Der Knabe hatte keine Besinnung, stiess ein gellendes Geschrei aus, fuhr mit den Händen hin und her, fasste die gereichten Gegenstände und liess sie gleich wieder los, kratzte sich auf dem Kopfe, hüstelte mitunter und machte mit der Zunge, ohne sie aus dem Munde auszustrecken, sonderbare Bewegungen, besonders auffallend waren die Drehungen nach der rechten Seite. Die Beine waren im Knie gebogen und schaukelten hin und her, die Fersen berührten die Hinterbacken.

Im Laufe des Tages lag der Knabe in einem soporösen Zu-

stande, delirirte, schreckte auf und gab plötzlich ein durchdringendes Geschrei von sich. Beim Anfragen klagte er über heftigen Kopfschmerz (10 Blutegel waren schon applizirt und kalte Fomente wurden gemacht). Allmählig wurde er besinnlicher, ass und trank und konnte 12 Uhr Nachts die Stunde auf der Uhr angeben. Der am Abend erfolgte Stuhl war hart, braun, und bestand aus stark riechenden Klümpchen von der Grösse welscher Nüsse. In der Nacht trat Durchfall ein. Der Urin, dessen Quantität etwa zwei Unzen betrug, enthielt beim Stehen viel Schaum und bildete ein weissliches, mehlartiges Sediment, welches die Hälfte der Flüssigkeit ausmachte. Die darüber stehende Flüssigkeit war hell und klar. Der später gelassene Urin betrug die doppelte Menge und war von derselben Beschaffenheit, nur schwammen in derselben viele flockige Partikeln von weisser Farbe.

Am 14. Mehrere Kalomelstühle, Andauer des soporösen Zustandes, periodisch Fieber, Hitze der Haut und Röthe der Wangen. Es wurden noch 3 Blutegel an den Zitzenfortsatz gesetzt.

Am 15. Der Knabe jammerte anhaltend für sich und klagte beim Befragen über heftigen Schmerz in beiden Schläfen und über ein empfindliches „Blasen“ in beiden Ohren. Die Pupillen waren sehr erweitert, mitunter trat ein stierer Seitenblick ein, die Zunge war wenig belegt, mit erhabenen, dunkelrothen Papillen an der Spitze, der Unterleib beim Drucke empfindlich, der Puls etwas gereizt. Der seit 12 Stunden zessirende Urin floss in reichlicher Menge, war hell und klar und machte einen geringen mehlartigen Bodensatz mit herumfliegenden Flocken.

Um 7 Uhr Abends wurde abermals eine nicht unbedeutende Quantität Urin ausgeleert. Der Knabe ächzte und jammerte fortwährend und antwortete auf die Frage, warum er dieses thue: „Der Kopf thut mir so wehe, der Leib thut mir so wehe.“ Spontan klagte er weder über den Kopf, noch über den Bauch. Um 12 Uhr Nachts trat soporöser Zustand ein, die Röthe der Wangen wich einer auffallenden Blässe, die Schlummersucht dauerte bis 4 Uhr Morgens ununterbrochen fort. Während derselben rötheten sich wieder beide Wangen. Darauf folgte wieder Jammern und zeitweise Ausrufen: „Der Kopf thut mir wehe!“ Auch klagte er über Seitenschmerz und Uebelsein. Stuhl trat nicht ein.

Am 16. Um 11 Uhr Vormittags liess der Knabe wieder Urin. Das Sediment hielt sich bis auf ein Drittel der Masse schwebend, ohne am Boden eine dichtere Ablagerung zu machen. Um 4 Uhr Nachmittags erfolgte abermals eine ziemlich reichliche Urinausleerung; der Urin hielt sich bis zu $^3/_4$ der Masse schwebend. Erst um Mitternacht trat ein bräunlicher, stark riechender Stuhl ein, gemischt mit einem grünlichen Schleime, auf dem sich kleine Bläschen zeigten.

Den ganzen Tag über ächzte und jammerte der Knabe, bis er gegen Abend in einen soporösen Zustand fiel. Die Augen waren nur halb geschlossen und nach oben gewendet, die eine Hand

ruhte auf den Genitalien, die andere lag quer auf der Blasengegend. Der Knabe delirirte und verlangte ein Butterbret, ass aber nicht viel davon.

Am 17. Beim Aufwachen aus dem Delirium erkannte mich der Knabe, er setzte aber gleich das Delirium fort und sprach laut dabei. Der Kopf hatte keine besonders erhöhte Temperatur, die Augen waren jetzt gegen grelles Licht empfindlich und die Pupillen erweitert, die Nase trocken, die Zunge wenig belegt und trocken, der Durst vermehrt, der Stuhl träge, der Puls beschleunigt und weich, die Haut spröde. Der Knabe hatte ungern die Berührung der Arme und des Bauches, gegen Abend delirirte er stärker und sprach vom Umwerfen der Flaschen und Oeffnen der Thüren, auch fing er an zu singen. Während der Delirien zog er die Beine hoch gegen den Kopf. In der Nacht wurde er wieder ruhiger, und liess einen trüben Urin, der einen dicken, schlammigen Bodensatz machte.

Am 18. Um 7 Uhr Morgens erfolgte ein breiigter, stark riechender, gelblicher Stuhl mit einem noch lebenden Spulwurme. Die Delirien dauerten fort, die Worte aber waren unverständlich.

Am 19. Der Knabe lag in einem komatösen Zustande, und hatte eine lallende Sprache. Während der Delirien zog er aber die Beine bis gegen die Brust, und hielt sie in dieser Stellung so fest, dass sie nicht ausgestreckt werden konnten.

Am 20. Anhaltendes Koma, aus dem sich der Knabe nur mit Mühe aufwecken liess. Er erkannte die Umgebung, hatte aber einen eigenthümlichen Blick, der jedoch ruhiger war, als an den vorigen Tagen. Die Wangen waren bald leicht geröthet, bald blass, die leise Respiration wurde von tiefen Seufzern unterbrochen und stand momentan still, der Stuhl zessirte, der Urin war reichlich, trübe, gelblich, mit kleinen herumschwimmenden Flocken, die ein Sediment bildeten. Der Knabe sprach zuweilen einzelne, aber unverständliche Worte, schlug die Augen eben auf, schloss sie dann gleich wieder und schlummerte fort. Er schielte nach der linken Seite, kratzte mit den Fingern und hatte im linken Arme konvulsive Rückungen. In den Fieberparoxysmen brach ein allgemeiner Schweiss aus. Der Athem wurde stinkend, die Respiration röchelnd, Schaum drang aus Nase und Mund. Am 22. gab der Knabe den Geist auf.

Fünfundzwanzigster Fall.

Heinrich Fl., ein 16 Monate altes, kräftiges und früher gesundes Knäbchen, wurde von Schnupfen, Husten und einem hitzigen Fieber befallen. Die Haut fühlte sich am ganzen Körper brennend heiss an, der Durst war kaum zu löschen, die Zunge gastrisch belegt, die Esslust gänzlich geschwunden, der Stuhl anfangs träge und später verstopft, der Unterleib voll und weich, der Urin trübe und weisslich, nur einmal trat Erbrechen ein. Das

Kind war sehr unruhig und verdriesslich, und warf den Kopf hin und her.

Als nach einigen Tagen das hitzige Fieber nachliess, wurde das Kind schlummersüchtig und lichtscheu, griff mit der Hand nach dem Kopfe und schrie laut auf. Die Augen waren nur halb geschlossen und nach oben gedreht, die Respiration leise und seufzerartig, die Nase trocken, der Puls weniger frequent als an den vorigen Tagen. Merkwürdiger Weise war der Unterleib in seinem ganzen Umfange aufgetrieben. Man hörte zuweilen ein Poltern im Leibe und Abgehen von Flatus, der Stuhl blieb aber hartnäckig verschlossen, erst auf die Anwendung von Kalomel mit Jalape traten mehrere übelriechende gelbliche schleimige Stühle ein in auffallend ergiebiger Quantität und mit harten Fäkalmassen. Die Urinsekretion war spärlich. Die Schlummersucht dauerte fort. Wiewohl später noch einige Kalomelstühle erfolgten, blieb der Bauch voll. In unregelmässigen Intervallen erhob sich Fieber, die bleichen Wangen rötheten sich, der Durst nahm zu. Das Kind steckte Alles, was es erreichen konnte, in den Mund und biss darauf, ja biss in seine eigenen Finger. Es war derartig abgemagert, dass es einem Skelette glich. Nach 14tägiger Behandlung wurde es als Konvaleszent entlassen, und ist seitdem ganz gesund.

Sechsundzwanzigster Fall.

Angela B., ein $4^1/_2$ Jahre altes, blühendes Mädchen, war am 19. Februar noch völlig gesund, ass und trank an diesem Tage wie gewöhnlich und klagte weder über den Kopf noch über den Bauch, schlief aber in der nächsten Nacht etwas unruhig. Indess war es am folgenden Morgen nach dem Aufstehen wieder munter, nur klagte es über Bauchweh. Bald nachher erbrach das Kind Schleim, verfiel in einen soporösen Zustand, schreckte auf und knirschte mit den Zähnen.

In der Nacht vom 20. auf den 21. erfolgte eine unwillkürliche Ausleerung des Urines und Stuhles, und in den Morgenstunden trat einmal grasgrünes Erbrechen ein. Das Kind verlor seitdem das Bewusstsein, welches auch nicht wiederkehrte.

Gegen Abend am 21. sah ich das Kind. Der Zustand war also: Das Kind lag in einem komatösen Zustande, aus dem es sich durchaus nicht aufwecken liess. Die Wangen und Augen waren leicht geröthet, der Blick stier, die Pupillen kontrahirt, die Augenlider zuckten und die Augen wurden mitunter hin und her gedreht, die Physiognomie hatte einen leidenden, ernsten Ausdruck, das Kind konnte den Kopf nicht aufrecht halten und nicht mehr schlingen, das Getränk lief wieder aus dem Munde. Die Respiration war beschleunigt, kurz und schnell, der Puls äusserst frequent und zusammengezogen, die Temperatur der Haut etwas erhöht, der Bauch weich, nicht aufgetrieben, zuweilen erschien Reizhusten, die Zunge war vorne rein und hinten gastrisch be-

legt, der Mund geschlossen, konvulsivische Zuckungen an beiden Händen, die beständig in Bewegung waren. Um 6 Uhr Morgens den 22. starb das Kind.

Siebenundzwanzigster Fall.

Franz L., $10^1/_2$ Jahre alt, kränkelte bereits mehrere Monate und war sehr abgemagert. Am Halse waren einige Drüsen geschwollen; auf dem Rücken sass längere Zeit eine Geschwulst, die sich wieder zertheilt hatte. Der Knabe klagte seit mehreren Tagen über unausstehliche Kopfschmerzen, die periodisch eintraten und von der einen Seite nach der anderen vorn durch den Kopf gingen, am heftigsten aber in der rechten Schläfe und der angrenzenden Stirngegend wütheten. Bei ihrem Eintritte jammerte der Knabe sehr und schrie laut auf. Sausen oder Singen in den Ohren war nicht vorhanden. Er lag auf dem Rücken oder auf der linken Seite und hatte die Kniee gebogen, so dass die Fersen die Hinterbacken berührten. Die Temperatur war am Kopfe kaum erhöht, die Augen lichtscheu, die Pupillen zusammengezogen, das Gesicht blass, mit dem Ausdrucke eines tiefen inneren Leidens, die Lippen aufgesprungen, die Zunge hatte einen weissen Anflug und auf der Mitte eine ovale Stelle, die ganz rein war und roth aussah, die Esslust lag ganz darnieder, der Durst war gering und am liebsten wurde kaltes Wasser getrunken. Schon mehrere Tage bestand Erbrechen, mitunter von heftigem Würgen begleitet; zwei Spulwürmer waren mitausgebrochen. Der Stuhl war träge, die Urinsekretion zessirte fast völlig, der Bauch war sehr kollabirt und bildete in der Mitte ein tiefes Konkav, mit vorspringenden Rippen und Beckenknochen, die Haut trocken und spröde, die Respiration leise und seufzerartig, der Puls auffallend langsam.

So war der Zustand am 9. April 1853. Ausser der Applikation von Blutegeln, Vesikatoren und kalten Fomenten wurde Kalomel mit Jalape verordnet. Auf den Gebrauch von 14 Gran Kalomel trat gelinde Salivation ein, der Knabe klagte über Zahnschmerzen und rieb das Zahnfleisch. Der Stuhl blieb träge und die Urinsekretion reduzirte sich fast auf Null.

Am 12. Der Kopfschmerz war gelinder, die Temperatur etwas erhöht, der Puls frequenter, klein und zusammengezogen, das Erbrechen hatte nachgelassen und erfolgte heute gar nicht, die Kalomelstühle zeigten ein schillerndes Häutchen, Urin wurde nicht gelassen. In der Nacht wurden 2 Spulwürmer durch Erbrechen und 1 Spulwurm mit dem Stuhle ausgeleert.

Am 13. Der Knabe klagte nicht mehr über den Kopf, sondern über Alles. Die kalten Fomente waren ihm angenehm, obschon der Kopf nicht heiss war. Die Salivation nahm zu. Drei Kalomelstühle mit 3 Spulwürmern. In 30 Stunden war kein Tropfen Urin gelassen.

An den folgenden Tagen gingen noch 10 Spulwürmer mit dem Stuhle ab, der Stuhl sah dunkelgelb aus, das Erbrechen hatte

sich ganz verloren, der noch immer spärliche Urin war klar, blassgelblich und zeigte ein schillerndes Häutchen, bildete aber kein Sediment.

Die trügerische Besserung, welche eintrat, war von kurzer Dauer. Der Knabe fiel bald in einen komatösen Zustand, aus dem er nicht aufgeweckt werden konnte, und fing an zu schielen und zu deliriren. Die Wangen rötheten sich zeitweile, und starker Schweiss brach am Kopfe aus. Die Pupillen waren sehr erweitert, die Ausleerungen erfolgten unwillkürlich.

Am 23. Der Knabe war wach und spielte auffallend weniger. Die Pupillen hatten sich wieder mehr kontrahirt, die Röthe und Schleimabsonderung der Augen vermindert, die Temperatur war erhöht, der Puls sehr beschleunigt und matt, die Venen an den Händen geschwollen, die Zunge ganz rein, Lippen roth, Nase trocken, Unterleib tympanitisch aufgetrieben. Der Knabe konnte wieder schlingen und genoss Alles, was man ihm reichte, kannte die Umgebung nicht, griff nach den vorgehaltenen Gegenständen fehl, delirirte, zupfte an der Bettdecke oder griff in die Luft und schrie oft laut: „Mutter, ich will in die andere Stube!"

Am 24. Der Knabe erkannte mich wieder und nannte meinen Namen, hatte aber übrigens wenig Bewusstsein und rief beständig: „Mutter, Mutter!", ohne sich weiter verständlich machen zu können. Beim Anfassen der bis auf die Knochen abgemagerten Beine und Arme weinte er. Drückte man auf das Kinn, so blieb der Mund offen stehen. Essen und Trinken geschah automatisch und die Ausleerungen erfolgten unwillkürlich. Der Blick war ganz eigenthümlich, der Puls ruhiger, die Respiration leise, die tympanitische Auftreibung des Bauches hatte zugenommen.

In den Nachmittagsstunden trat ein hitziges Fieber ein, das zwei Stunden dauerte; das Gesicht war sehr roth, Stirne, Nase und Kopf mit Schweiss bedeckt. Der Knabe rief ununterbrochen: „Mutter, ich kann es nicht mehr aushalten!" Auf die Frage, was ihm fehle, antwortete er: „Alles thut mir wehe, der Kopf thut mir wehe, die Beine thuen mir wehe". Er war nicht recht besinnlich und kannte die Umgebung nicht recht, sondern verwechselte die Namen der Umstehenden.

Am 25. Das Fieber erschien auch heute wieder in den Nachmittagsstunden, und hatte dieselbe Intensität wie gestern. Der Knabe liess sich aus dem anhaltenden Koma nicht aufwecken, die Augen waren nur halb geschlossen, standen stier oder wurden nach oben gedreht, die Respiration war lauter, der Puls frequent und matt, der Unterleib kollabirt, der Stuhl bräunlich und zähe. Vorne auf der Stirne in dem beharrten Theile des Kopfes sah man nebeneinander zwei Gruppen von kleinen Knötchen, die sich hart anfühlten und eine trübe Flüssigkeit zu enthalten schienen. Einige hatten einen rothen Umkreis, andere nicht. Auch am vorderen Theile des Halses und auf der rechten Schulter sassen hier und da Knötchen ohne rothen Halo. Auf dem rechten Ver-

derarme war gestern ein bullöses Exanthem, von der Grösse einer dicken Erbse und mit einem trüben Inhalte, welches heute eingetrocknet war. Der Knabe knirschte mit den Zähnen, steckte Betttuch und Finger in den Mund und biss darauf. An Rettung war nicht zu denken. Er starb in den nächsten Tagen.

Achtundzwanzigster Fall.

Heinrich A., ein 7jähriger schwächlicher Knabe, war bis zum 28. Juni wohl, ass und trank wie früher und schlief in der nächsten Nacht gut. Nach dem Aufstehen klagte er über Kopfschmerzen, Uebelsein und Mattigkeit. Bald nachher trat zu wiederholten Malen galliges Erbrechen und Durchfall ein. Die Kopfschmerzen nahmen zu, die Esslust schwand. Hierzu gesellte sich ein hitziges Fieber, starker Durst und Schlummersucht.

Am 20. sah ich den Knaben. Erbrechen und Diarrhoe hatten nachgelassen. Der Knabe lag in tiefem Sopor, aus dem er sich nur durch starkes Anrufen und Rütteln aufwecken liess und verwirrt aufwachte; er konnte sich nicht zurecht finden, und antwortete auf keine einzige Frage weder mir noch seinen Aeltern, sondern blieb stumm. Der Kopf konnte nicht ohne Unterstützung aufrecht gehalten werden, das Gesicht war feuerroth und die übrige Hautoberfläche brennend heiss, der Puls sehr frequent, voll und gespannt, die Augen geschlossen, die Pupillen kontrahirt, die Nase trocken, an der Oberlippe seit einigen Tagen ein phlyktänöser Ausschlag vorhanden, die Zunge ganz stark mit einem blassgelblichen Schleime belegt, der Durst vermehrt, beide Tonsillen sehr vergrössert und entzündet, die Respiration schnarchend, mitunter Husten, der Unterleib weich und etwas aufgetrieben. An einzelnen Körperstellen sah man scheinbar rothe Flecke. Am folgenden Morgen starb der Knabe. Vor etwa sechs Wochen war seine Schwester am Scharlachfieber, zu welchem bald nach seinem Ausbruche sich dieses Hirnleiden gesellte, zu Grunde gegangen.

Neunundzwanzigster Fall.

Albert B., ein $4\frac{1}{2}$jähriger, kräftiger und gesunder Knabe, klagte am 23. April über Kopf- und Halsschmerzen, verlor die Esslust, bekam ein hitziges Fieber und starken Durst, und musste sich einmal erbrechen. In der nächstfolgenden Nacht traten drei dünne gelbliche Stühle ein, der Knabe war sehr unruhig und delirirte. Im Laufe des Tages brach der Scharlach aus, der epidemisch herrschte. Das Fieber war heftig, der Knabe delirirte fort und schlummerte fast anhaltend. Es wurden Blutegel an den Hals gesetzt und zum inneren Gebrauche eine Emulsion mit Natr. nitr. gegeben.

Zwei Tage nach dem Ausbruche des Scharlachs sah ich erst den Knaben. Er lag in einem tiefen soporösen Zustande, aus dem er nicht aufzuwecken war, das Gesicht war roth und aufgedunsen, das obere Lid des rechten Auges erysipelatös entzündet und stark

angeschwollen, das Auge liess sich wegen der Geschwulst nicht öffnen, die Pupille war auf dem linken Auge erweitert, der Blick matt, die Zunge weissgelblich belegt, ziemlich feucht und vorne rein, mit spitz hervorragenden Papillen, wie ein Reibeisen aussehend, aus dem rechten Nasenloche lief eine dünne bräunliche Flüssigkeit. Beide Mandeln waren entzündlich geschwollen und bei äusserem Drucke empfindlich, indess ging das Schlingen noch ziemlich gut. Es waren heute zwei blassgrünliche, schleimige Stühle eingetreten. Der Unterleib fühlte sich weich an, die Temperatur war erhöht, der Puls frequent und weich, die Haut trocken. Im Gesichte, auf der Brust, auf dem Bauche und an den Beinen stand der Scharlach in voller Blüthe, an beiden Vorderarmen dagegen war zahlreich Scharlachfriesel vorhanden. Das Zahnfleisch hatte von seinem Rande bis an die Zahnwurzeln eine weisse Farbe. Der Knabe starb in den nächsten Tagen.

Dreissigster Fall.

Heinrich R., 19 Jahre alt und schwächlicher Konstitution, bekam Frösteln, heftige Schmerzen in der Stirne und in den Schläfen und wiederholtes Erbrechen, das keinen besonderen Geschmack verursachte. Der Schlaf war unruhig, von Träumen unterbrochen, der Kopf heiss und das Gesicht blass, die Augen matt und die Pupillen etwas erweitert, die Zunge rein, aber keine Esslust, der Stuhl eingetreten, der Unterleib weich und in der Magengegend beim Drucke empfindlich. Pat. hatte ein enschwankenden, taumelnden Gang und eine seufzerartige Respiration. Der Puls war wenig gereizt und klein, einzelne Schläge verdoppelten sich oder folgten vielmehr rasch auf einander, sobald tiefe Seufzer die sonst leise Respiration unterbrachen. Verordnet wurden eine Venaesektion, Blutegel und kalte Fomente, und innerlich eine Kalisaturation mit Natr. nitr. So war der Zustand am 17. März 1845.

Am 19. Die verordneten Mittel hatten keine Erleichterung gebracht, vielmehr dauerten der Kopfschmerz, das Erbrechen und die übrigen Zufälle fort. Ein zweiter Aderlass wirkte eben so wenig günstig. Vesikator im Nacken.

Am 20. Der Kopfschmerz war äusserst heftig, so dass sich Pat. im Bette aufsetzte. Er klagte zugleich über unruhigen Schlaf und Sausen in den Ohren, und beschwerte sich weniger über Lichtscheu als über Dunkelheit vor den Augen. Jedoch konnte er nicht lange in grelles Licht sehen, und glaubte dann an den Objekten eine Farbenveränderung wahrzunehmen. Das Gesicht war bald roth, bald blass, die Pupillen erweitert, der Puls auffallend langsam, klein, zusammengezogen und mitunter doppeltschlägig, die Zunge stellenweise stärker weisslich belegt, mehr trocken als feucht.

Am 21. Seit gestern hatte das Erbrechen nachgelassen, der Kopfschmerz aber eher zu- als abgenommen und behielt seinen Sitz in der Stirne und in den Schläfen, er wüthete aber am stärk-

sten in den Schläfen und machte kaum Remissionen. In verflossener Nacht war das Ohrensausen stark. Beim Aufsetzen trat Schwindel und Neigung zum Erbrechen ein. Es erfolgte ein gelblicher Stuhl, der Unterleib war weder voll noch kollabirt, der Puls machte gerade 50 Schläge in der Minute, war aber nicht so unregelmässig wie an den vorigen Tagen, der Kopf fühlte sich heiss an und die Wangen waren geröthet, an den übrigen Körpertheilen ging die Temperatur nicht über den Normalgrad. Pat. nahm ausser Kalomel ein Infus. fol. senn. mit Kal. nitr. und Magnes. sulph.

Pat. war Abends sehr unruhig und weinte laut über den vehementen Kopfschmerz, und wurde von Konvulsionen befallen, mit Verdrehen der Augen und Röcheln in der Brust. Die Pupillen waren erweitert, zogen sich aber beim Lichte noch etwas zusammen. Pat. verlor seitdem das Bewusstsein und sprach irre.

Am 22. Von gestern Abend bis nach Mitternacht schrie er heftig und schlug mit den Händen um sich. Während der Nacht ging Stuhl und Urin unwillkürlich ab. In den Morgenstunden lag Patient auf der rechten Seite in tiefem Sopor, aus dem er nicht aufgeweckt werden konnte. Das Gesicht war röthlich, aber nicht heiss, die Augen nur halb geschlossen und starr, die Pupillen sehr erweitert. Beim Darreichen der Arzneien wurde der Mund fest zugehalten, doch war das Schlingen noch nicht gehindert. Die Bindehaut der Augen zeigte rothe Gefässe. Die Arme wurden konvulsivisch bewegt und waren im Ellenbogengelenke gebogen; sie konnten nur mit Kraft ausgestreckt werden, und nahmen gleich ihre frühere Stellung wieder an. Pat. ergriff zuweilen das Betttuch und Bettstroh und steckte es in den Mund, um darauf zu beissen, auch biss er auf seine eigenen Finger. Im Laufe des Tages lag er ganz ruhig.

Um 8 Uhr Abends: Gesicht roth, aber nicht heiss, auch am Kopfe die Temperatur nicht erhöht, das rechte Auge thränte und war mit Schleimflocken bedeckt, die erweiterten Pupillen zogen sich bei einfallendem Lichte etwas zusammen, die Respiration war mehr beschleunigt, der Puls schlug 66 mal in der Minute und war klein, schwach, unregelmässig, beide Ohrmuscheln hatten ein auffallend dunkelrothes Aussehen und zeigten einzelne stark angefüllte Venen. Das Schlingen war erschwerter. Pat. lag auf dem Rücken mit gerade ausgestreckten Beinen und über den Leib gekrümmten Armen. Die Extremitäten waren steif.

Am 23. Anhaltend komatöser Zustand ohne Delirien, das Gesicht war kollabirt und hatte eine in's Bläuliche spielende Farbe, auf dem rechten Auge war die Pupille wieder zusammengezogen und fast von normaler Grösse, während die Dilatation auf dem linken Auge fortbestand, beide Augen waren leicht entzündet, halb offen und mit einem eiterartigen Schleime bedeckt, der Blick stier, die Respiration röchelnd, Schaum kam zuweilen vor den Mund, die Zunge lag zwischen den Zähnen, nur äusserst kleine

Mengen können noch herunter geschluckt werden, der Puls war klein, fadenförmig und unregelmässig, die Temperatur der Haut normal, Unterleib kollabirt. Am folgenden Tage Morgens 6 Uhr erfolgte der Tod.

Diagnose.

Aus den wenigen mitgetheilten Beobachtungen sehen wir schon, dass jeder individuelle Fall seine Eigenthümlichkeiten hat. Indess bleibt sich doch die Physiognomie dieser Krankheit in ihren Hauptzügen immer gleich. Die zeitige Erkennung der skrophulösen oder tuberkulösen Form ist oft mit grossen Schwierigkeiten verbunden, und nimmt die ganze Aufmerksamkeit des Arztes in Anspruch. Und dennoch wird sie oft verkannt, oder vielmehr erst richtig erkannt, wenn sie durchaus nicht mehr zu verkennen ist. Nicht allein der angehende Arzt, sondern auch der ältere Arzt, wenn ihm auch eine reiche Erfahrung zur Seite steht, kann beim ersten Auftreten dieser Krankheit leicht getäuscht werden und auf Irrwege gerathen.

Es würde ein unnützes Unternehmen sein, wenn wir hier nochmals auf die Diagnose dieses Hirnleidens näher eingehen wollten. Wir haben bereits in unserer schon zitirten Schrift (Die Diagnose des hitzigen Wasserkopfes. Berlin, 1848.) den diagnostischen Werth der einzelnen Symptome umständlich gewürdigt, und zugleich eine diagnostische Parallele zwischen diesem Hirnleiden und den ihm ähnlichen Krankheiten des kindlichen Alters gezogen.

Aetiologie.

Auch können wir hier die prädisponirenden und vermittelnden Ursachen dieses Hirnleidens füglich übergehen, da wir alle diese Momente bereits schon früher (Fr. J. Behrend's und A. Hildebrand's Journal für Kinderkrankheiten, XXI. Band, 1853, S. 319—385) ausführlich besprochen haben. Nur auf ein ätiologisches Moment wollen wir nochmals unsere Aufmerksamkeit richten, nämlich auf die Erblichkeit dieses Hirnleidens.

Halten wir fest, dass dieses Hirnleiden in einer fast überwiegenden Mehrzahl der Fälle aus Skrophulose oder Tuberkulose hervorgeht, oder doch wenigstens durch einen Zustand des Systemes vermittelt wird, der sich an diese Krankheitsprozesse anlehnt, so haben wir keinen Grund, an der Erblichkeit dieser Krank-

heit zu zweifeln. Die Aufgabe, welche wir uns gestellt haben, besteht in dem Nachweise, wie sich in allen den mitgetheilten Fällen der Gesundheitszustand der Aeltern und ihrer anderen Kinder, so wie der Seitenverwandten, verhielt.

Ad 1) Der Vater war kräftig und gesund, die Mutter erfreute sich ebenfalls des besten Wohlseins und hatte ein blühendes Aussehen, beide trugen aber den skrophulösen Habitus an sich. Die günstigen Verhältnisse, in denen die Aeltern lebten, gestatteten eine in jeder Hinsicht angemessene Erziehung ihrer Kinder. Der befallene Knabe hatte, wie schon gesagt, nicht blos eine skrophulöse Konstitution, sondern litt auch am Kopfgrinde. Auch seine übrigen sechs Geschwister hatten den sogenannten irritablen skrophulösen Habitus.

Ad 2) Die Mutter hat eine schwächliche Konstitution, ist aber übrigens, wie ihr Mann, gesund. Der ältere Bruder des befallenen Kindes litt schon in seinen jüngeren Jahren an fixen Ideen, von denen er sich längere Zeit nicht losmachen konnte. Bei den übrigen Geschwistern kamen Kopfgrind und Anschwellungen der Halsdrüsen vor.

Ad 3) Beide Aeltern tragen den skrophulösen Habitus an sich, befinden sich aber wohl. Der Vater liebt den Genuss des Branntweines, und leidet in Folge des Missbrauches an gestörter Esslust, Erbrechen, Händezittern, Zuckungen in den Gliedern und an Schlaflosigkeit oder an einem unruhigen, von Träumen und Aufschrecken unterbrochenen Schlafe. Er schwebt in grosser Gefahr, bald der Phrenesia potatorum anheimzufallen.

Ad 4) Das nämliche Loos würde auch den Vater dieser Familie, ungeachtet seiner robusten Konstitution und kräftigen Gesundheit, getroffen haben, wenn sein Leben nicht früher auf andere Weise geendet hätte. Die Mutter hatte zwar ein blühendes Aussehen, kränkelte aber viel, litt anfangs häufig an heftigen Unterleibskrämpfen, und später wiederholt an Bluthusten. Sie hatte eine skrophulöse Konstitution, und wurde von einer entzündlichen Anschwellung der Halsdrüsen befallen, die in Eiterung überging. Die älteste Tochter litt in ihrer Kindheit an einem fistulösen Geschwüre auf dem Zitzenfortsatze, welches erst nach längerer Andauer wieder heilte, und hatte, wie seine übrigen Geschwister, geschwollene Halsdrüsen und Kopfgrind.

Ad 5) In dieser Familie wurden zwei Kinder von diesem Hirnleiden befallen und starben. Abgesehen von dem skrophulö-

sen Habitus, der besonders bei der Mutter ausgesprochen, ist der Gesundheitszustand befriedigend. Indess ist zu bemerken, dass die Familie in einer dumpfen Wohnung lebt und pekuniärer Verhältnisse halber den Kindern nicht die ihnen gebührende diätetische Pflege angedeihen lassen kann.

Ad 6) u. 17) Beide Kinder stammen aus der nämlichen Familie. Die Mutter, welche frühzeitig im Wochenbette an nervösen Zufällen starb, hatte eine schwächliche Konstitution. Ihre Tante leidet an unvollkommener Lähmung der unteren Extremitäten, ihr Mann dagegen ist kräftig und hat gesunde Aeltern und Geschwister. Jedoch ist eine Halbschwester gemüthskrank, und eine Tante mütterlicher Seits wurde schon frühe von Wahnsinn befallen. Schon frühe litt der Vater dieser Familie, wie seine Mutter, an Hämorrhoidalbeschwerden. In seinem 31. Lebensjahre wurde er plötzlich Morgens beim Aufstehen von Schwindel befallen und wäre auf den Boden gestürzt, wenn er sich nicht fest gehalten hätte. Der Schwindel war so heftig, dass er anfangs nur im Bette liegen, später aber mit angelehntem Kopfe sitzen konnte. Gehen war unmöglich. Wenn er den Kopf etwas senkte oder drehte, oder wenn er seitwärts sehen wollte, so vermehrte sich der Schwindel und entstand ein Gefühl, als würde der Kopf gleich wieder zurückgezogen. Das Fixiren eines Gegenstandes verursachte Schmerz in beiden Augen. Die Temperatur war am Kopfe nicht erhöht, das Gesicht blass, der Puls auffallend langsam und krampfhaft zusammengezogen, der Urin anfangs normal, später aber wasserhell, die Zunge auf der Wurzel gastrisch belegt, der Stuhl wie gewöhnlich träge, der Schlaf gut und erquickend. Am zweiten Tage klagte Pat. auch mitunter über Schmerz in den Schläfen und in der Stirne, so wie über Schmerz oben auf dem Kopfe. Alle Halswirbel waren beim Drucke schmerzhaft, der Schmerz zog sich gegen das Hinterhaupt aufwärts. Am meisten schmerzte aber der vierte Halswirbel. Pat. verzog beim Drucke auf diesen Wirbel das Gesicht und sagte, dass sich der Schmerz über das Hinterhaupt bis zu beiden Schläfen ausbreite und ein äusserst empfindliches Gefühl von Zusammenpressen des Kopfes verursache. Weder Abführmittel, noch ein Aderlass brachten Linderung. Erst die Applikation von 6 Blutegeln auf den vierten Halswirbel führte rasche Linderung herbei. Schon während des Saugens fühlte Pat. Erleichterung, und nach dem Ausbluten hatte er keine Spur von Schwindel mehr und ging

raschen Schrittes ohne alle Unterstützung in der Stube auf und ab, während er sich vor wenigen Stunden nicht einmal getraute, aufzustehen oder mit Hülfe eines Stockes zu gehen. Der Puls hob sich und verlor seine krampfhafte Beschaffenheit, der Urin blieb aber noch blass, und die Empfindlichkeit des vierten Halswirbels war nicht völlig geschwunden. An den folgenden Tagen war, wenngleich der Schwindel gehoben, doch die Haltung des Körpers nicht fest und der Gang noch schwankend. Diese Zufälle wurden aber durch eine abermalige Applikation von Blutegeln schnell beseitigt. Im folgenden Jahre wiederholte sich der Schwindel, verlor sich aber rasch nach einer örtlichen Blutentziehung an derselben Stelle. Seitdem sind 13 Jahre verflossen, ohne dass ein Anfall wieder erschien. In dieser Familie wurden vier Kinder von dem in Rede stehenden Hirnleiden befallen, von denen zwei starben und zwei gerettet wurden.

Ad 7) Die Mutter, welche acht ausgetragene Kinder geboren, fühlt sich ungeachtet ihres schwächlichen Körperbaues wohl. Ihr Vater, dessen Ehefrau ich nicht gekannt habe, war ein rüstiger und kräftiger Mann, und ihr Ehemann ist ebenfalls robust und gesund, trägt aber einen ausgezeichnet skrophulösen Habitus an sich. Kein anderes Kind wurde von diesem Hirnleiden befallen, wenn gleich skrophulöse Ausschläge und Drüsenanschwellungen bei den Kindern vorkamen.

Ad 8) Die Mutter war Wittwe und hatte einen ausgeprägten skrophulösen Habitus mit aufgeworfenen Lippen. Dieser Habitus sprach sich auch bei ihren Kindern aus, die zugleich an Anschwellung der Halsdrüsen und skrophulöser Augenentzündung litten. Ein 8jähriges zartes Mädchen, kachektischen Aussehens, hatte auf der rechten Seite in der hypogastrischen Gegend eine steinharte, genau umschriebene Geschwulst, die sich aufwärts bis zur Nabelhöhe und seitwärts bis zur Linea alba ausbreitete. Auf die Anwendung von Blutegeln und Einreiben von Ungt. merc. mit Kal. hydrojod., und den inneren Gebrauch von einer Auflösung des Kal. hydrojod. nahm die Geschwulst bedeutend an Umfang ab, das Kind wurde munterer und litt nicht mehr an Dysurie.

Ad 9) Beide Aeltern, so wie alle ihre Kinder, haben ein erdfahles Aussehen, sind aber gesund. Ein Söhnchen hatte eine rheumatische Drüsenanschwellung am Halse, die in Eiterung über-

ging. In dieser Familie wurde nur ein Kind von diesem Hirnleiden befallen.

Ad 10) Von acht Geschwistern wurde nur das genannte Kind von dieser Krankheit heimgesucht. Eine Schwester ist von Geburt an taubstumm, übrigens aber gesund und blühend. Auch die Aeltern erfreuen sich einer guten Gesundheit, nur leidet die Mutter oft an Magenkrampf. Der skrophulöse Habitus ist bei ihr stärker ausgesprochen, als bei ihrem Manne. Die Kinder ihres Bruders haben mit Skropheln zu kämpfen. Auch bei ihren eigenen Kindern manifestirt sich die skrophulöse Diathese.

Ad 11) Der Vater hat ein blassgelbliches Aussehen, kann aber nicht über sein Wohlsein klagen. Früher litt er an einem herpetischen Ausschlage an den Beinen und einmal an einer heftigen Halsentzündung. Dagegen hat die Mutter eine phthisische Konstitution, ist schwächlich und leidet an rhachitischer Verkrümmung der Wirbelsäule. Auch die älteste Tochter hat einen starken Buckel, der sich immer mehr entwickelte. Die übrigen Kinder laboriren an Skrophulose. Ein 6jähriges Mädchen ging an Mesenterialskropheln, wozu sich Ascites und Anasarca gesellten, zu Grunde.

Ad 12) Auch die Kinder dieser Familie, wiewohl sie in günstigen Verhältnissen lebt, leiden an Skropheln. Der älteste Sohn ist in Folge von Otorrhoe schwerhörig. Die Aeltern sind frei von Skropheln. Der Vater ist mit Hämorrhoidalbeschwerden behaftet, und seine Frau, die ausser der Wangenröthe ein blassgelbliches Aussehen hat, leidet wie ihre Mutter an Unterleibsstockungen.

Ad 13) Der Vater hat, abgesehen von einer Hydrokele, woran er leidet, eine feste und dauerhafte Gesundheit, die Mutter dagegen ist schwächlich und mit Unterleibsinfarkten geplagt. Beide Aeltern haben einen skrophulösen Habitus. Sämmtliche Kinder sehen frisch und blühend aus, und sind frei von Skrophulose.

Ad 14) u. 15) Die Mutter büsste in Folge einer Geschwulst hinter dem einen Ohre, die in Suppuration überging und längere Zeit der Heilung widerstand, auf der leidenden Seite das Gehör ein. In den vierziger Jahren bekam sie eine leichte Verkrümmung des Rückgrates. Die dritte Tochter trägt einen ausgezeichneten skrophulösen Habitus mit stark aufgeworfenen Lippen, und leidet an Skrophulose. Der Vater ist ein kerngesunder Mann.

Ad 16) Beide Aeltern haben den sogenannten irritablen skrophulösen Habitus, befinden sich aber übrigens wohl. Der Bruder der Frau starb an tuberkulöser Lungenphthise. Die älteste Tochter leidet an skrophulöser Karies und Auftreibung der Handknochen.

Ad 18) und 20) Vater und Mutter haben ein frisches, blühendes Aussehen; ersterer ist kräftig, letztere dagegen mehr schwächlich. Auch die älteste Tochter hat eine schwächliche Konstitution und, wie ihre Aeltern, einen skrophulösen Habitus.

Ad 19) Von den Verwandten mütterlicher Seite starb der Oheim an tuberkulöser Schwindsucht, und seine Tochter litt an skrophulösen Drüsenanschwellungen des Halses. Der Vater ist kräftig und gesund, die Mutter aber schwächlich und hat einen skrophulösen Habitus. Ihre Aeltern laboriren an Hämorrhoidalbeschwerden. Ausser dem genannten Kinde erlagen noch zwei andere diesem Hirnleiden.

Ad 21) Die Aeltern haben einen skrophulösen Habitus, und befinden sich wohl. Der Grossvater starb an Apoplexie, als er 74 Jahre alt war. Einige von den Geschwistern der Mutter leiden an Skrophulose.

Ad 22) Von väterlicher Seite erfreut sich eine Tante einer guten Gesundheit, eine andere dagegen ist rhachitisch verwachsen. Der Vater des Kindes ist gesund, die Mutter kenne ich nicht. Das Kind lebte bei seinen Verwandten.

Ad 23) Die Aeltern sind früh gestorben. Der Onkel des Knaben hat eine schwächliche Konstitution, und seine Tante litt an Rhachitis und Lähmung der unteren Extremitäten.

Ad 24) Die Mutter ist zart gebaut, auch der Vater hat keine starke Konstitution. Er hat an Tripper, Chanker und Bubo gelitten, und wurde wiederholt von Bluthusten befallen.

Ad 25) Die Grossältern väterlicher Seits und der Vater selbst, wie mehrere seiner Geschwister, gingen an tuberkulöser Lungenphthise zu Grunde. Die Mutter des Kindes ist kräftig und gesund.

Ad 26) Die Aeltern haben einen skrophulösen Habitus und leben in dürftigen Verhältnissen, erfreuen sich aber doch einer guten Gesundheit. In dieser Familie erkrankten zwei Kinder an diesem Hirnleiden, von denen das eine, ungeachtet die Krankheit sehr heftig war, doch wieder hergestellt wurde. Die übrigen Kinder sind bei aller Nothdurft gesund.

Ad 27) Die Grossältern mütterlicher Seite starben in einem hohen Alter, und die Grossältern väterlicher Seite sind ebenfalls an Jahren weit vorgerückt. Die Aeltern selbst befinden sich wohl, der Vater hat einen ausgeprägten skrophulösen Habitus. Die älteste Tochter ist in Folge von Otorrhoe fast ganz taub.

Ad 30) Der Vater starb an Apoplexie, von welcher er beim Dreschen befallen wurde, die Mutter litt an Gicht. Auch hier war der skrophulöse Habitus ausgesprochen.

Aus diesen kurzen Notizen resultirt schon zur Genüge, dass das skrophulöse oder tuberkululöse Element in diesem Hirnleiden eine wichtige Rolle spielt. Lässt sich auch die skrophulöse oder tuberkulöse Diathese oder Kachexie nicht immer bei den erkrankten Kindern selbst klar nachweisen, so findet es sich doch mehr oder weniger deutlich ausgesprochen bei ihren Geschwistern, Aeltern, Grossältern oder Seitenverwandten. Man wolle aber hieraus nicht folgern, dass es sich in allen Fällen so verhalte. Guersant geht wohl zu weit, wenn er behauptet, dass alle von dieser Krankheit befallenen Kinder mehr oder weniger tuberkulös seien. Er will nur eine einzige Ausnahme von dieser allgemeinen Regel gesehen haben.

Es ist aber immerhin eine auffallende Erscheinung, dass in einigen Fällen selbst bei entwickelter Skrophulose oder Tuberkulose dieses Hirnleiden nicht eintritt, während es in anderen Fällen, wo nur geringe Andeutungen dieser Diathese vorhanden sind, sich einstellt. Eben so merkwürdig ist es, dass oft wichtige Gelegenheitsursachen die Krankheit nicht herbeiführen, während sie geringfügige Momente vermitteln. Zuweilen lässt sich auch gar keine Veranlassung nachweisen. Die Schule appellirt an das Zusammentreffen der Disposition und einer Gelegenheitsursache. Worin besteht aber das Wesen dieser Disposition? Ist es die Skrophulose oder Tuberkulose? Dagegen spricht einerseits das Vorkommen dieses Hirnleidens auch ohne jene Diathese, und andererseits der Umstand, dass dieses Hirnleiden selbst bei weit vorgeschrittener Skrophulose und Tuberkulose nicht immer auftritt, wenn es auch an vermittelnden Einflüssen durchaus nicht fehlt. Oder besteht das Wesen in einem Reizzustande oder in einer dynamisch veränderten Vitalität des Gehirnes? Noch kein Sterblicher hat den dichten Schleier, der das undurchdringliche Dunkel einhüllt, gelüftet. Der so beliebte und geläufige Ausdruck „Disposition" ist nur der Deckmantel unserer Unkenntniss.

Dem aber sei, wie ihm wolle. Durch den Nachweis der skrophulösen oder tuberkulösen Diathese ist die Erblichkeit dieses Hirnleidens völlig begründet. Wir können uns nun auch Rechenschaft geben, warum in einigen Familien, Städten und Gegenden dieses Hirnleiden häufiger vorkommt, als in anderen. Wir können uns ferner erklären, warum in der Mehrzahl der Fälle diese Krankheit selbst dem umsichtsvollsten Einschreiten der Kunst Trotz bietet. Auch leuchtet uns ein, wie der Einfluss, den das Alter, das Geschlecht und die Jahreszeiten ausüben, in ätiologischer Beziehung beurtheilt werden müssen. Endlich erhellt, warum dieses Hirnleiden so oft in Folge anderer Krankheiten, wofern sie die Entwickelung der skrophulösen oder tuberkulösen Diathese begünstigen, erscheint. Alle diese Schlüsse, wozu uns die Annahme der Skrophulose oder Tuberkulose befähigt, haben nicht blos ein pathologisches Interesse, sondern sind auch für die Behandlung von hoher Bedeutung.

Dauer und Ausgang.

Ueber die Dauer dieses Hirnleidens sind die Schriftsteller nicht einig. Während Einige behaupten, dass die Krankheit schon in wenigen Tagen ihren Verlauf durchmache, sahen Andere sie selbst mehrere Wochen andauern. In 117 Fällen, die Green zusammengestellt hat, starben 31 Kranke vor dem 7. Tage, 49 vor dem 14., 31 vor dem 20. Tage und 6 nach dem 20. Tage. Von 28 Fällen geben Rilliet und Barthez die mittlere Dauer auf 22 Tage an. Gölis berichtet, dass der grösste Theil der hydrokephalischen Kranken, die er behandelte, immer zwischen dem 13. und 17. Tage, keiner vor dem 8. und wenige nach 24 oder 30 Tagen zu Grunde gingen. Bei einem 11jährigen Mädchen, bei welchem die Krankheit mit sehr gelinden Zufällen nach einem jähe abgeheilten Kopfgrinde langsam entstand, erfolgte der Tod erst nach zwei Monaten. Bei einem etwas über zwei Jahre alten Kinde, das sich meiner Beobachtung darbot, nahm die Krankheit ebenfalls erst nach acht Wochen ein tödtliches Ende. In allen übrigen Fällen endete sie in der Regel zwischen der zweiten und dritten Woche.

Der sogenannte Wasserschlag vollendet oft schon in 12 bis 48 Stunden seinen Cyklus. In vielen Fällen ist der Hydrocephalus acutissimus nur eine rasch verlaufende Meningitis simplex, in anderen dagegen hat er wirklich den tuberkulösen Charakter und

ist eine Meningitis tuberculosa s. granulosa, die in ihrem ersten Entstehen sich nicht deutlich manifestirte, oder mit vorangegangenen Krankheiten verwechselt wurde. Die in der Leiche sich vorfindenden anatomischen Verletzungen bekunden unwiderleglich, dass sie nicht das Produkt einer so rapid verlaufenden Krankheit sein konnten.

Um eine genaue Berechnung über die Andauer dieses Hirnleidens anstellen zu können, ist es durchaus nöthig zu wissen, wann sich zuerst die vorerinnernden Symptome oder die Zufälle des Stadium germinationis, wie Bouchut es nennt, eingestellt haben. Hierüber erhält man aber beim Nachfragen in der Regel nur eine unbestimmte Antwort von den Aeltern, die gewöhnlich den Anfang der Krankheit erst vor dem Auftreten der akuten Zufälle her datiren. Das Alter und die Konstitution des Kindes, die grössere oder geringere Reizbarkeit des Gehirnes, das Kausalmoment, die Zweckmässigkeit der Mittel und die Zeit ihrer Anwendung können die Dauer dieses Hirnleidens bedeutend modifiziren.

Was den Ausgang dieser Krankheit betrifft, so kann sie in jedem Stadium tödtlich enden, aber nicht in jeder Periode geheilt werden. Der Ausgang in den Tod ist leider noch immer der häufigste. Selten erfolgt er durch Apoplexie, in der Regel aber durch Hirnlähmung. Es scheint, als wenn der Tod um so schneller eintrete, je plötzlicher die Exsudation vor sich geht.

Der Uebergang in Genesung erfolgt nicht häufig. Von den 30 oben mitgetheilten Fällen verliefen 17 tödtlich. Dieser Ausgang kündigt sich durch eine progressive Abnahme der wesentlichen Symptome an. Nie habe ich kritische Ausleerungen, die eine gleich sichtbare und ganz auffallende Besserung bewirkten, in diesem Hirnleiden gesehen. Es erfolgte immer nur eine allmählige Genesung. Selten beobachtete ich einen allgemeinen Schweiss, und in jenen Fällen, wo er eintrat, hatte er keine kritische Bedeutung. Ich habe nur einen einzigen Fall aufgezeichnet, wo der Schweiss auf die Hirnzufälle einen ganz entschieden günstigen Einfluss ausübte. Dieser Fall betraf einen 6jährigen Knaben, welcher gleichzeitig an Pleuritis litt. Der Schweiss war aber nicht allgemein, sondern beschränkte sich auf den behaarten Theil des Kopfes, die Stirne und das Gesicht. In anderen Fällen sah ich nach dem Wiedererscheinen einer unterdrückten Otorrhoe und nach dem Aufblühen von Kopf- und Ge-

sichtsausschlägen eine Abnahme der Hirnzufälle, auf welche auch der Eintritt vermehrter galliger Stühle und eine reichlichere Urinsekretion wohlthätig einwirkten.

Auch habe ich in allen geheilten Fällen keine Nachkrankheiten beobachtet. Dagegen sahen Andere Taubheit, Blindheit, Schwäche oder Verlust des Gedächtnisses, Blödsinn, Stumpfsinn, chronischen Wasserkopf, Schwindel, Lähmung und Epilepsie eintreten. Die Lähmung ist nicht immer einseitig, sondern erstreckt sich bisweilen, wie Bricheteau und Ollivier berichten, auf alle Bewegungsorgane. Schönlein sah miasmatische Skropheln, und Cheyne intermittirendes Fieber nach dieser Krankheit entstehen. Coindet erwähnt des Ueberganges dieses Hirnleidens in ein schleichendes Fieber oder Marasmus und theilt drei Fälle mit, wo das Volumen des Kopfes zunahm, welches sich aber in dem Maasse wieder verminderte, als die Genesung voranschritt. Der erste Fall ist von Hunter, der zweite von Baumes und der dritte von Ferriar. Auch spricht er von der Möglichkeit einer Metastase auf das Herz und die Lungen. Andere läugnen oder bezweifeln doch wenigstens eine kritische Metastase auf die Brust- oder Unterleibsorgane.

Ob spontane Heilung erfolgen könne, ist mehr als zweifelhaft. Die von Watson und William mitgetheilten zwei Fälle, in welchen die Genesung ohne Hülfe der Kunst eingetreten sein soll, stehen zu isolirt, als dass sie das Gegentheil beweisen könnten. In der neuesten Zeit berichtet auch Malin (Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilk. 1839) über einen durch Naturheilung glücklich abgelaufenen Fall. Ein 4jähriges Mädchen, welches an Gehirnentzündung litt, wurde anfangs ärztlich behandelt, später aber seinem Schicksale überlassen. Die Aeltern verweigerten jedes fernere Einschreiten gegen die Krankheit, als die Erscheinungen auf ein Extravasat in der rechten Gehirnhälfte hindeuteten. Unter Röthung der Kopfhaut bildete sich darauf eine ungeheuere Menge kleiner frieselartiger Bläschen, die, nach zwei Tagen grösser geworden, ineinanderflossen, platzten, eine grosse Menge gelblicher, wässeriger Flüssigkeit ergossen, und dann einige Tage später sich in dicke Schorfe verwandelten, worunter eine blutig-seröse Masse hervorsickerte. Hiermit schwanden unter mehrmaligem Eintritte von Stuhl und Urinabgang immer mehr die Zeichen des Extravasates. Das Kind, welches jetzt wieder ärztliche Hülfe erhielt, wurde nach vielen Wochen vollkommen

wieder gesund. Aehnliche Beobachtungen habe auch ich (s. Fall 17) gemacht, bin aber nicht geneigt, in solchen Fällen, wo im Anfange der Krankheit und in ihrem späteren Verlaufe die Kunst thätig war, eine spontane Heilung anzunehmen.

Prognose.

Wir haben bereits oben gesehen, dass dieses Hirnleiden in unseren 30 Fällen 19 mal einen tödtlichen Ausgang hatte. Es starben mithin mehr als die Hälfte der befallenen Kinder. In anderen Fällen war ich glücklicher und rettete die Hälfte. Aber schon aus dieser Sterblichkeit darf man folgern, dass dieses Hirnleiden noch immer zu den mörderischen Kinderkrankheiten gehört. Und dennoch ist das Resultat im Vergleiche mit dem Berichte anderer Aerzte noch kein ungünstiges zu nennen. Wir wollen hier nicht auf die Zeit zurückgehen, wo man erst anfing, diesem Hirnleiden eine grössere Aufmerksamkeit zu schenken. So konnte Whytt von 20 Kranken nur Einen retten, und Fothergill sagt, er kenne kein einziges zuverlässiges Mittel zur Heilung, die Krankheit habe allen seinen Bemühungen gespottet, sowohl wenn er allein die Behandlung leitete, als auch wenn er mit den ausgezeichnetsten Aerzten konsultirte. Odier glaubte, man könne von 100 Kranken kaum 2 oder 3 wiederherstellen, und auch selbst dann bleibe die Genesung nur unvollkommen. Camper ging noch weiter und behauptete sogar, dass die Krankheit durch Arzneien eher verschlimmert als gebessert würde, widerrieth daher jedes ärztliche Einschreiten.

Von diesen Zeiten wollen wir schweigen. Erfreulichere Resultate lieferte erst die spätere Zeit, wo man die Natur dieses Hirnleidens richtiger auffasste. Jedoch bleibt die Sterblichkeit noch immer gross. Ramberg konnte nur die Hälte retten. Horst bekennt offen, dass er unter 28 vor dem Alter der Pubertät ihm vorgekommenen Fällen von ächter, primär akuter Gehirnhöhlenwassersucht kein einziges Kind habe wiederherstellen können, wiewohl er mehrere an gewöhnlichen Hirnentzündungen, so wie an gastrisch-nervösen Fiebern mit prädominirender Gehirnaffektion Leidende, mit Glück behandelt habe. Heim will früher durchschnittlich von drei Kranken einen, später von drei zwei, selbst von vier drei gerettet haben, und versichert, wohl 30 Beispiele von dreiwöchentlichen bis vier Jahre alten Kindern anführen zu können, welche nicht allein in den frühen Stadien,

sondern sogar in der Exsudationsperiode geheilt wurden. Diese Behauptung steht mit der allgemeinen Erfahrung im grellsten Widerspruche. S. Vogel (Hufeland's Journal der prakt. Heilk. Bd. 63 Stück 2) geht noch einen Schritt weiter und glaubt, dass bei seiner Behandlungsweise Niemand mehr, weder Kinder noch Erwachsene, an dieser Krankheit sterben könne. Wer sollte sich nicht im Besitze einer solchen Therapie glücklich fühlen?

Doch wozu noch mehrere Belege? Thatsache ist es, dass dieses Hirnleiden zur Zeit noch immer eine der mörderischen Hirnleiden ist, und alljährlich enorme Opfer fordert. Die Therapie ist hinter den Fortschritten, deren sich die Pathologie in der Neuzeit erfreut, noch weit zurückgeblieben, und wird bisher von diesem Hirnleiden nur mit Hohn begrüsst. Vielleicht ist erst der Zukunft das goldene Zeitalter einer erfolgreicheren Therapie vorbehalten.

Die vorzüglichsten Anhaltspunkte, die uns bei der Vorhersage leiten können, sind folgende:

1) Die Form der Krankheit.

Der Hydrocephalus acutissimus lässt auf dem jetzigen Standpunkte der Therapie nur eine lethale Prognose stellen. Hier fällt die Diagnose mit der Leichenöffnung zusammen. Auch die Meningitis simplex ist eine gefährliche Krankheit, aber bei weitem mehr Opfer fordert die Meningitis tuberculosa s. granulosa.

2) Das Stadium der Krankheit.

Je frühzeitiger die Krankheit richtig erkannt wird und eine angemessene Behandlung in Anwendung kommt, desto grösser ist im Allgemeinen die Hoffnung auf Wiederherstellung. Im ersten Stadium (nach der Eintheilung von Gölis) gelingt die Heilung eher als im zweiten, im dritten dagegen ist sie äusserst selten, und im vierten endlich sind alle Rettungsversuche vergeblich. Nicht einmal sieht man in dieser Periode eine momentane Besserung. Guersant, der nur drei Stadien annimmt, hat im zweiten Stadium nicht Ein Kind von hundert genesen gesehen. Die Krankheit trat selbst bei scheinbarer Besserung entweder in akuter Form wieder auf, oder die Kinder starben an Phthise. Auch Charles West sah nie Genesung bei vorgeschrittenem Hydrokephalus, nur einen Fall bei deutlich ausgesprochenem zweiten Stadium der Krankheit, und sehr wenige, welche gleich im ersten Stadium zur Behandlung kamen.

Dagegen behaupten Formey, Heim, Fr. Jahn u. A., in mehreren Fällen die Kranken noch gerettet zu haben, nachdem schon

Ausschwitzung und offenbare Lähmung eingetreten war. Auch Coindet rettete ein 3jähriges Kind im zweiten Stadium der Krankheit und einen Knaben von 10 Jahren sogar im dritten Stadium. Schönlein hält die Wiederherstellung nach erfolgter Exsudation für problematisch, und Gölis behauptet, dass die Krankheit, wenn die Transsudation vollkommen geschehen sei, keinem Mittel weiche. Und er hat Recht. Jedoch hat mich die Erfahrung gelehrt, dass die Krankheit in ihrer Uebergangsperiode aus dem zweitem in das dritte Stadium, also zu einer Zeit, wo die Exsudation erst im Beginnen ist, geheilt werden könne, zumal wenn die Ausschwitzung nicht von Strukturveränderungen des Gehirnes begleitet wird. Unter diesen Verhältnissen fürchtet auch Abercrombie die Exsudation weniger als andere Aerzte.

3) Verlauf der Krankheit.

Je rascher, tumultuarischer und intensiver die Stadien und Symptome auftreten und sich einander folgen, desto ungünstiger ist die Vorhersage. Die insidiöse ohne heftige Zufälle einherschleichende Form ist zwar schwieriger zu erkennen, aber nicht weniger äusserst gefährlich. Als günstige Zeichen können angesehen werden: Nachlass des Kopfschmerzes, der Schlummersucht und Delirien, Rückkehr der Geistesfunktionen, Schwinden des Schielens und Starrsehens, Aufhören des Erbrechens, reichlichere Urinsekretion, Eintreten galliger Stühle und eines ruhigen, wohlthuenden Schlafes, Abnahme der aufgeregten Gefässthätigkeit, Schwinden des hydrokephalischen Geschreies, der seufzerartigen Respiration und des unregelmässigen, schleppenden, doppeltschlägigen oder aussetzenden Pulses, Feuchtwerden der Nase und des äusseren Gehörganges, so wie Thränenerguss beim Weinen. Alle diese und ähnliche Zeichen geben aber nur dann erst eine gegründete Hoffnung auf Wiederherstellung, wenn sie lange andauern, und die Genesung täglich grössere Fortschritte macht. Indess erkläre man sich noch immer mit vielem Rückhalte über das Loos des kranken Kindes, wofern man die Aeltern und sich selbst nicht täuschen will. Diese Lehre kann dem angehenden Arzte nicht dringend genug an's Herz gelegt werden. Traurige Erfahrungen haben in der ersteren Zeit meines Wirkens das zu voreilige Urtheil zu meiner inneren Beschämung Lügen gestraft. Die Krankheit setzte die kürzere oder längere Zeit unterbrochene Rolle wieder fort, und endete mit dem Tode. Auch Coindet erzählt einen Fall, wo alle Anzeigen vorhanden waren, dass die

Krankheit einen glücklichen Ausgang nehmen würde. Nichtsdestoweniger aber erfolgte selbst während der Konvaleszenz plötzlich der Tod. Er sucht den Grund hiervon in dem plötzlich aufhörenden Drucke in den Seitenventrikeln. Allein diese Erklärung ist wohl nicht richtig. Das Wasser war zwar grösstentheils aus den Seitenventrikeln verschwunden, hatte sich aber im dritten und vierten Ventrikel angesammelt. Viel plausibler scheint die Annahme, dass der gegen das Ende des zweiten Monates eintretende plötzliche Tod eher die Folge eines ungewohnten Druckes im dritten und vierten Ventrikel, und namentlich auf die Medulla oblongata, war. Gewiss wurde er nicht durch das Aufhören eines gewohnten Druckes in den Seitenventrikeln bedingt.

Ferd. Jahn betrachtet einen bald mehr lymphatischen, bald mehr eiterartigen Ausfluss aus den Ohren, der oft Monate, ja selbst Jahre lang fortdauern könne, als eine der häufigsten kritischen Erscheinungen. Riecke (Casper's Wochenschrift 1834) theilt gleichfalls einen glücklich abgelaufenen Fall mit, wo am 15. Tage der Krankheit ein Ohrfluss eintrat. Schmidtmann erzählt zwei Fälle von Hydrocephalus acutus, in denen sich das in der Schädelhöhle angesammelte Wasser einen Weg nach aussen bahnte und zu grossen Wassergeschwülsten im Nacken Veranlassung gab. Selbst unter den ungünstigsten Verhältnissen darf man nicht alle Hoffnung aufgeben. Dieses lehrt unter Anderem der schon anderswo mitgetheilte Fall, über den Malachi Foot und Florenz Tourtual berichten. In diesen beiden Fällen erfolgte die Genesung nach der kopiösen Entleerung einer klaren und gelblichen Flüssigkeit aus der Nase.

Indess sind solche Fälle selten. Viel häufiger als Ohr- und Nasenfluss kommt das Oedem vor. Matthey beobachtete oft gegen das Ende der Krankheit, wenn sie in Genesung überging, eine Anschwellung des Gesichtes und Hautwassersucht. Auch Odier sah ein kritisches Anasarca entstehen, welches an den oberen Körpertheilen begann und sich von da allmählig weiter ausbreitete. Eben so beobachtete Coindet, dass das Entstehen einer Art von Oedem oder Geschwulst, die, an der Stirne beginnend, sich über das Gesicht und die Arme ausbreitete und dann allgemein wurde, Nachlass der Hirnsymptome bewirkte. In einem Falle folgerte er aus der stärkeren Anschwellung der Venen, der Hitze am Kopfe, an dem Halse und der Wange, dass die Wasseransammlung in dem Ventrikel dieser Seite bedeutender sei, als

im dem der anderen Seite. Die Sektion bestätigte die Vermuthung. Auch Horst machte bei einem 5jährigen Knaben aus der ödematösen Beschaffenheit des schon früher ganz erschlafften und wie gelähmt herabhängenden rechten Augenlides den Schluss auf eine stärkere Exsudation im rechten Ventrikel, welche auch die Leichenöffnung nachwies. Ebenso sah er bei einem $2^1/_2$ jährigen Mädchen eine ödematöse Anschwellung. Dieses Kind wurde plötzlich ohne wahrnehmbare Ursache von heftigen Konvulsionen mit starken Fieberbewegungen befallen, die am ersten Tage dreimal und an den folgenden mehrmals wiederkehrten. Als diese bei einer zweckmässigen inneren und äusseren Behandlung schwanden, traten Erbrechen, Stuhlverstopfung, anhaltender Sopor, Strabismus u. s. w. unter fortdauernden Fieberbewegungen ein. Am achten Tage erschien auf einmal ein starkes Oedem über die ganze Stirne bis an die Nasenwurzel mit leukophlegmatischem Gesichte, welches mit allmähliger Minderung der Hauptzufälle wohl vier Wochen stehen blieb. Das Kind erholte sich nun.

Wir würden den prognostischen Werth dieses Zeichens überschätzen, wenn wir es immer für ein günstiges hielten. Ich habe die ödematöse Anschwellung des Gesichtes mehrmals im Verlaufe dieses Hirnleidens beobachtet. In einigen Fällen (s. 9 und 14) trat nach dem Erscheinen des Oedems eine allmählige Abnahme der Zufälle ein, und die Krankheit ging in Genesung über, in anderen (s. 8, 16 und 19) dagegen setzte die Krankheit ungestört ihren Verlauf fort und endete mit dem Tode. Nur dann erst darf man eine gegründete Hoffnung auf die Wiedergenesung setzen, wenn das Oedem und Anasarca von einer fortdauernden Besserung begleitet wird.

Tritt im Verlaufe der Krankheit anhaltender Sopor, Schielen oder Starrsehen, Doppeltsehen oder Amaurose ein, sind die Kopfschmerzen und Delirien heftig, dauert das Erbrechen, die Stuhlverstopfung und verminderte Urinsekretion fort, erscheinen Konvulsionen und Paralyse, so ist die Prognose äusserst ungünstig, wenn diese und ähnliche Symptome nicht transitorisch, sondern permanent sind.

4) Komplikation der Krankheit.

Jede Komplikation, die eine mehr, die andere weniger, macht die an sich schon ungünstige Vorhersage noch ungünstiger. Es gibt nach Coindet Arten, wo die Krankheit bis auf den heutigen Tag immer unheilbar war, so z. B. wo dieselbe plötzlich

mitten oder gegen das Ende einer Febris biliosa auftritt, wo die Kranken vorher einen Schlag auf den Kopf oder eine heftige Erschütterung erlitten, oder nach Keuchhusten oder gegen das Ende einer chronischen Krankheit bei einem schon erschöpften Subjekte oder bei denen, die sehr zur Krankheit geneigt sind.

Meine Erfahrung stimmt mit dieser Behauptung nicht überein. Es ist mir nicht selten gelungen, dieses Hirnleiden, wenn es unter der Larve eines gastrisch-biliösen Fiebers auftrat, selbst wenn es mit Hepatitis komplizirt war, zu heilen. Auch sah ich diese Krankheit nach traumatischer Insultation des Kopfes und nach Hirnerschütterungen in Genesung übergehen. Ebenso glückte es mir oft, die Kinder, wenn sie gleichzeitig am Keuchhusten litten, völlig wiederherzustellen. Hiermit sei aber keineswegs gesagt, als halte ich diese Komplikationen nicht für gefährlich.

Viel gefährlicher ist die Komplikation dieses Hirnleidens mit Scharlach, Masern und Pocken. Gölis hat Recht, wenn er behauptet, dass bei dieser Komplikation fast immer der Tod erfolge. Der aufmerksamste und scharfsinnigste Arzt ist, wie er sagt, oft nicht im Stande, die hydrokephalischen Symptome von den Zufällen der mitkomplizirten Krankheit zu unterscheiden, oder wenn er dieses auch vermöge, und selbst in jenem Momente der Krankheit, wo eine Radikalkur noch möglich sei, gerufen werde, doch die angezeigten Mittel gegen die hitzige Gehirnhöhlenwassersucht nicht anwenden dürfe, indem dadurch die mitverflochtene Krankheit tödtlich würde. In Betreff dieses letzteren Punktes bin ich mit Gölis nicht ganz einverstanden. Ich sehe nicht ein, warum bei starken Kongestionen gegen den Kopf und bei deutlich ausgesprochenem entzündlichem Fieber und bei heftigen Delirien keine Blutentziehungen und Blasenpflaster, kein Salpeter oder ein anderes antiphlogistisches Heilmittel ohne Nachtheil für die exanthematische Krankheit angewendet werden dürfe. Vielmehr habe ich unter diesen Verhältnissen mit gutem Erfolge ein solches Heilverfahren eingeschlagen.

Es ist eine interessante Erscheinung, dass bei der Komplikation aus der Dentition alle Hirnzufälle zuweilen schnell nach dem Ausbruche von Zähnen schwinden. Uebrigens ist die Dentitionsperiode die gefährlichste Zeit für das kindliche Alter. Krup, Bronchitis, Pneumonie und Pericarditis sind gefährliche Verbindungen. Bei weitem ungünstiger als die Komplikation mit Helminthiasis ist die Verbindung dieses Hirnleidens mit Gastroente-

nitis. In allen Fällen, die ich beobachtete, trat der Tod ein. Auch Stokes stellt die Prognose sehr ungünstig. Man laufe hier Gefahr, sagt er, in einen doppelten Irrthum zu verfallen. Der eine bestehe darin, dass man die Gehirnaffektion nur für eine sympathische halte, die nach Beseitigung des Darmleidens verschwinden werde, der andere darin, dass man nur das Gehirnleiden berücksichtige. Als Hauptregel gibt er hier an, man dürfe die Gehirnaffektion niemals leicht nehmen. Selbst wenn das Darmleiden das primäre und die Gehirnaffektion erst sekundär sei, müsse man dennoch auf die letztere hauptsächlich seine Aufmerksamkeit richten. Man könne zu gleicher Zeit auch den Zustand des Darmkanales berücksichtigen.

Mit Uebergehung anderer Komplikationen, welche dieses Hirnleiden eingeht, gedenke ich nur noch der Verbindung mit skrophulöser Karies der Kopfknochen. Diese Komplikation ist sehr gefährlich und endete, wo ich sie sah, mit dem Tode.

5) Kausalmoment der Krankheit.

Cheyne behauptet, dass in Familien, wo dieses Hirnleiden erblich vorkomme, es minder gefährlich und leichter zu heilen sei. Ich kann diese Behauptung durchaus nicht bestätigen, im Gegentheile sah ich, dass in solchen Familien mehr Kinder starben als geheilt wurden.

Je heftiger die vermittelnden Ursachen einwirken, und je weniger sie sich gänzlich beseitigen lassen, desto grösser ist die Gefahr. Das plötzliche Vertreiben oder Zurücktreten der Exantheme macht die Prognose äusserst ungünstig. Ebenso verhält es sich mit der unbehutsamen Unterdrückung der Abnahme, falls es nicht gelingt, den Ohrfluss schnell wiederherzustellen. Gölis sah die Mehrzahl der Kinder, die in Folge einer traumatischen Insultation des Kopfes von diesem Hirnleiden befallen wurden, zu Grunde gehen.

6) Das Alter und die Konstitution des Kindes.

Je jünger die Kinder sind, desto ungünstiger ist im Allgemeinen die Vorhersage. Sie sterben bald unter heftigen Konvulsionen. Wenn wir aber auch das frühe kindliche Alter für eine gefährliche Zeit halten, so suchen wir doch in dem Alter als solchem nicht einzig und allein die Gefahr, sondern wir glauben vielmehr, dass einerseits die oft verfehlte Diagnose, und andererseits die meist zu spät eingetretene Hülfe das Misslingen der Heilung verschulden. Diese beiden Momente haben wenigstens

grossen Antheil an dem so oft erfolgenden tödtlichen Ausgange der Krankheit.

Nach Coindet sollen starke, kräftige Kinder, oder solche, die ein sanguinisches Temperament haben, in grösserer Gefahr schweben und der Krankheit eher unterliegen, als schwächliche. Ich bin mit dieser Behauptung nicht einverstanden. Kann doch bei kräftigen Kindern eine viel energischere Behandlungsweise eingeleitet werden, als bei schwächlichen. Aber auch noch aus einem anderen Grunde kann ich Coindet nicht beistimmen. Bei gesunden Kindern fällt jede Störung ihres Gesundheitszustandes gleich auf, und veranlasst die Aeltern viel eher, Hülfe nachzusuchen, während dagegen bei kränklichen Kindern gern alle neu eintretenden Zufälle, wenn sie auch nicht übersehen werden sollten, auf das bestehende Siechthum geschoben werden, ohne deshalb ärztlichen Rath einzuholen. Soll ich aus Erfahrung sprechen, so gestehe ich gerne, dass ich kräftige Kinder mit einem viel günstigeren Erfolge behandelt habe, als schwächliche, zumal wenn die skrophulöse oder tuberkulöse Diathese schon bedeutende Fortschritte gemacht hatte.

Prophylaktik.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass sich im Allgemeinen Krankheiten viel leichter verhüten, als wenn sie wirklich ausgebrochen sind, sicher und schnell heilen lassen. Principiis obsta ist eine alte Lehre, die reichlichen Gewinn bringt. Wohl in wenigen Kinderkrankheiten ist das prophylaktische Heilverfahren nothwendiger, als gerade in dem in Rede stehenden Hirnleiden. In diesem Punkte sind alle Aerzte einverstanden. So lange aber das Publikum nicht dieselbe Ueberzeugung gewonnen hat, wird die Prophylaktik nicht den Vortheil schaffen, den sie in der That bringen kann.

Von der Sanitätspolizei ist hier keine Abhülfe zu erwarten, wenn gleich auch der Staat den alljährlich grossen Verlust an künftigen Bürgern durch diese mörderische Krankheit nicht mit gleichgültigem Auge ansehen darf. Gebieterisch kann sie nicht auftreten, höchstens vermag sie nur anregend und belehrend auf das Publikum einzuwirken. Manches Gute würde sie aber doch stiften, wenn sie einerseits gediegene Schriften über die zweckmässige physische Erziehung in den ersteren Lebensperioden in öffentlichen Blättern empfehle und das Publikum vor heimtücki-

schen Kinderkrankheiten warne, und andererseits den Apothekern den Handverkauf von Wurmkügelchen und anderen reizenden Stoffen strenge untersage.

Um desto thätiger soll dagegen der Arzt sein, der, wenn er das volle Vertrauen der Familie besitzt, durch ein frühzeitiges Einschreiten und Regeln der Diät und des Regimens viel ausrichten kann. Untilgbar ist zwar die Anlage, die Umänderung des Temperamentes und der ursprünglichen Organisation, aber die Heilkunde vermag doch sie zum Theile anders zu bestimmen.

Eben so wichtig und nothwendig wie der zeitige Hülferuf von Seiten der Aeltern ist von Seiten des Arztes die richtige Auffassung des Krankheitsprozesses in seinem ersten Beginnen. Es ist wirklich zu bedauern, dass nicht überall an den höheren Lehranstalten auch Hospitäler für kranke Kinder existiren. Und doch leuchtet die Nothwendigkeit ohne allen Beweis von selbst ein. Indess fängt man doch in der Neuzeit an, diesem Mangel abzuhelfen. Ein anderer Uebelstand ist, dass selbst dem Studium der Kinderkrankheiten während des akademischen Kursus noch immer nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird. Eine nothwendige Folge dieser Mängel ist, dass der angehende Arzt, wenn er an die Wiege der Kleinen herantritt, um ihre Leiden zu erkennen und zu heilen, mit grossen, fast unüberwindlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, und sich von seiner Schulweisheit nur zu oft verlassen sieht. In den Staatsprüfungen sollte strenger, wie es gewöhnlich geschieht, darauf gesehen werden, ob die angehenden Aerzte auch gründliche Kenntnisse in der Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten besitzen. Dankbar, sagt Fr. Nasse, gedenke ich noch nach 34 Jahren des vortrefflichen Formey, der mir in der Staatsprüfung durch ein strenges Examen über die Gehirnwassersucht so Manches, was ich von dieser Krankheit gar nicht oder nicht genau wusste, näher an's Herz legte. Dieses freie und offene Bekenntniss charakterisirt nicht blos Fr. Nasse und die damalige Zeit, sondern dürfte auch wohl auf die spätere und jüngste Zeit in vielen Fällen Anwendung finden.

Die ganze Lehre von der Prophylaktik dreht sich um zwei Hauptpunkte. Man suche einerseits die Skrophulose oder Tuberkulose zu verhüten oder doch wenigstens in einen latenten Zustand überzuführen, und andererseits allen Einflüssen zu begegnen, die das Gehirn aufreizen. In Familien, wo dieses Hirnleiden erb-

lich ist, hat die Realisirung dieser beiden Anzeigen volles Gewicht. Das ganze Geheimniss der Prophylaktik besteht mithin in dem Offenhalten aller Sekretionen.

Wir haben oben gesehen, dass kürzere oder längere Zeit vor dem wirklichen Ausbruche dieses Hirnleidens mehr oder minder bedeutende Störungen im Systeme der Chylopoëse auftreten, und dass in Folge der beeinträchtigten Hämatose der Nutritionsprozess einem Siechthum anheimfällt. Die Esslust ist aber nicht vermindert, sondern mitunter selbst gesteigert und kann sogar in Gefrässigkeit ausarten. Säuglinge geben sie durch das beständige Liegen an der Brust hinlänglich zu erkennen, während grössere Kinder ihren Appetit kaum befriedigen können. Auch besteht zuweilen weder Durchfall, noch Verstopfung. Man findet aber die Zunge, wenn sie auch keinen starken Beleg hat, an der Spitze und den Seitenrändern mehr oder weniger geröthet und mit hervorragenden Papillen besetzt. Die Stühle sind grün, schleimig und übelriechend, haben nur eine geringe Beimischung von Galle und zeigen eine hellere Farbe, und enthalten körnige, koagulirte Klümpchen oder unverdaute Speisen. Diese und ähnliche Erscheinungen, wenn sie auch den Aeltern und Wärterinnen nicht entgehen sollten, werden doch im Allgemeinen nur wenig beachtet, zumal wenn zeitweise eine verführerische Besserung des Zustandes eintritt. Selbst das mit den Digestionsstörungen verbundene verdriessliche Wesen der Kinder und der unruhige, von Aufschrecken unterbrochene Schlaf veranlasst sie, selten frühzeitig ärztlichen Rath einzuholen. Erst wenn sie sehen, dass das frische Aussehen schwindet, die Haut sich auflockert und das Fleisch an Armen und Beinen seine Elastizität, Völle und Festigkeit verliert, werden sie aufmerksamer. Und doch ist die frühzeitige Regulirung der Verdauungsthätigkeit eine der vollwichtigsten Aufgaben, von deren Realisirung die Gesundheit und Wohlfahrt der Kinder abhängt.

Aus der Aetiologie wissen wir, welch' eine ergiebige Quelle für die fragliche Krankheit der Darmkanal ist. Alle Nahrungsmittel und Getränke, welche die Entwickelung der Skropheln fördern, müssen strenge vermieden werden. Die Kost sei einfach, aber nicht reizend, und ausgiebig, jedoch nicht massenhaft. Kinder, die eine skrophulöse oder tuberkulöse Anlage haben, dürfen aber nicht blos auf eine vegetabilische Diät angewiesen werden, weil sie ohnehin dem vegetabilischen Leben sich nähern, sondern

müssen auch animalische Speisen und Fleischsuppen geniessen. Gesalzene Speisen und solche, die leicht in saure Gährung übergehen, sind schädlich. Ein Wasser, das viel Kohlensäure und etwas kohlensaures Eisen enthält, empfiehlt sich als ein wirksames Getränk. Auch der Genuss eines malzreichen, nur wenig Hopfen enthaltenden Bieres ist zuträglich, dagegen der Genuss eines Wassers, welches schwer lösliche Salze enthält, nachtheilig. Wein ist im Allgemeinen kein Getränk für Kinder, und immer nur unter scharfen Anzeigen gestattet. Als Stärkungsmittel lässt er sich nicht empfehlen und kann bei gesunkener Kraft täglich durch andere weniger erhitzende und das Gehirn aufregende Mittel ersetzt werden. Brown's Zeiten geben uns den traurigen Beweis, wie vorsichtig die inzitirenden Mittel zu gebrauchen seien.

Bei Kindern, die Anlage zu dieser Krankheit haben, werde durchaus keine Stuhlverstopfung über 24 Stunden geduldet. Die Verstopfung hebe man durch ein blankes Abführmittel, und richte zugleich die Speisen so ein, dass keine schwer verdauliche, feste Faeces machende Stoffe genossen werden. Dem Gewohnheitspurgiren kann ich durchaus nicht das Wort reden. In früheren Zeiten herrschte die Sitte, Kinder und Erwachsene jedesmal zu Anfang des Frühlinges und Herbstes purgiren zu lassen. Die dadurch bewirkte Derivation des Blutandranges gegen den Kopf wird völlig aufgewogen durch die übermässige Reizung der Darmschleimhaut und die hinterher eintretende Verstopfung. Gölis glaubt, dass unsere Vorfahren, die mit Vorsicht von Zeit zu Zeit den Kindern Eccoprotica reichten und den Tisch, auf dem täglich mehrere Male geopfert ward, sorgfältig reinigten, viel zur Verhütung dieser Krankheit beigetragen haben. Dieses grosse Verdienst, eine mörderische Krankheit von dem aufkeimenden Menschen abgehalten zu haben, scheint ihm die wahrscheinlichste Ursache gewesen zu sein, warum sie uns so wenig Eigenes von diesem Hirnleiden, die Einige nur selten und Viele gar nie auf ihrer praktischen Laufbahn zu beobachten Gelegenheit hatten, in ihren Schriften hinterlassen haben. Das in früheren Zeiten seltenere Vorkommen dieser Krankheit liegt gewiss nicht in dem damals üblichen Gebrauche der ekkoprotischen Mittel, sondern ist vielmehr in dem Umstande begründet, dass die früheren Aerzte dieses Hirnleiden, so wie so manche andere Krankheit, weniger kannten oder mit anderen Affektionen verwechselten.

Zur Zeit, wo Diarrhöen, Ruhren und Cholera herrschen,

regele man baldigst die Funktion des Darmkanales, und suche man alle schädlichen Einflüsse, die denselben in einen Reizzustand versetzen, zu vermeiden. Es ist wohl zu erwägen, dass bei Kindern, die Anlage zu diesem Hirnleiden haben, selbst leichte Indigestionen von üblen Folgen begleitet werden. Auch ist zu berücksichtigen, dass die genannten Krankheiten, abgesehen von ihrer Gefahr, oft einen hydrokephalusartigen Zustand aus Erschöpfung veranlassen.

Es ist eine bekannte, aber traurige Thatsache, dass durch den Unfug des Ammenwesens alljährlich eine grosse Zahl von Kindern ihr Leben einbüsst. Jede Mutter hat die heilige Pflicht, ihren Sprössling selbst aus dem Lebenskerne, den ihr die gütige Natur verliehen, trinken zu lassen. Dieses Gesetz ist unantastbar, und darf nie aus Verweichlichung und Gemächlichkeit umgangen werden. Es ist immer eine schwere Versündigung gegen die Natur, wenn sich die Mutter ohne erheblichen Grund durch eine Amme vertreten lässt, und nicht selbst ihrem Sprösslinge, den sie neun Monate unter ihrem Herzen getragen, den süssen Liebesdienst erweist. Jedoch gibt es Umstände, die das Selbststillen nicht gut heissen oder ganz verbieten. In Familien, wo dieses Hirnleiden erblich vorkommt, ist es immer eine bedenkliche Sache, wenn die Mutter selbst ihr Kind stillt. Wenigstens muss das Kind strenge überwacht und gleich einer anderen Ernährungsweise überwiesen werden, wofern selbst anscheinend minder bedenkliche Zufälle eintreten. Auch dann werde es entwöhnt, wenn es ohne nachweisbare Ursache nicht gedeihen will. Schwäche, krankhafte Reizbarkeit, Verfall der Kräfte, Skropheln, Tuberkeln und andere Leiden verbieten geradezu das Selbststillen. Dagegen geben moralische und psychische Einflüsse, welche die Beschaffenheit der Milch alieniren, nur dann einen Grund ab, dem Kinde die Mutterbrust zu entziehen, wenn sie sich durchaus nicht beseitigen lassen. Eine zu fette oder zu wässerige Beschaffenheit der Milch kann oft verbessert werden. Von der künstlichen Ernährung mache man immer nur im Nothfalle Gebrauch.

Bei der Wahl einer Amme sei man äusserst vorsichtig, und berücksichtige ausser der Qualität und Quantität der Milch die Gemüthsart und Krankheitsanlagen, die manifesten und okkulten Krankheiten. Ammen vom Lande sind im Allgemeinen den Städterinnen vorzuziehen. Der beste Maassstab für die gelungene Wahl ist das Gedeihen und Wohlbefinden des Säuglings. Das

blühende und frische Aeussere, die starke und kräftige Konstitution und das scheinbare Wohlergehen der Amme kann sehr täuschen. Das Kind will an ihrer Brust nicht gedeihen. Unter diesen Umständen muss die Amme gewechselt werden. Es ist eine noch nicht hinlänglich erklärte Thatsache, warum das eine Kind nicht gedeiht, während ein anderes, welches hinterher von derselben Amme gestillt wird, sich kräftig entwickelt.

Wann das Kind zu entwöhnen sei, ist eine in prophylaktischer Beziehung wichtige Frage. In jener Periode, wo gerade der eine oder andere Zahn im Durchbrechen begriffen ist, ist die Entwöhnung durchaus zu widerrathen. Am besten eignet sich dazu die Zeit eines Intervalles, und zwar jene Epoche, wo bereits alle Schneidezähne und vier Backzähne erschienen sind. Beuchut benutzt vorzüglich die Zeit nach dem Hervortreten der zwölf ersten Zähne, ja wartet auch bis zum Durchbruche des sechszehnten. Wenn bereits ein Kind während der Laktationsperiode an diesem Hirnleiden gestorben, ist es rathsam, dass die Mutter oder Amme die anderen Kinder bis über diesen Zeitpunkt hinaus an der Brust stillt.

Nicht weniger als der Darmkanal nimmt das Hautsystem unsere ganze Aufmerksamkeit in Anspruch. Die äussere Reinlichkeit und eine angemessene Hautkultur durch öfteren Wechsel der Leibwäsche und Kleidungsstücke, durch reinliche, oft gelüftete Betten, durch wiederholtes Waschen und Baden stärkt die Hautfunktion, verbessert die Konstitution und befähigt den Körper, schädlichen Einflüssen leichter zu widerstehen. Von jeher stehen die Seebäder bei Skrophulose in grossem Rufe, und sind unstreitig wegen ihres Gehaltes an Brom und Jod und zugleich wegen der chlorhaltigen Luft, die über die See weht, die wichtigsten Belebungsmittel des Systemes. Jedoch ist bei ihrem Gebrauche einerseits der Zustand der Haut, und andererseits die Temperatur der Luft wohl zu berücksichtigen. Sie empfehlen sich nur bei warmer Jahreszeit und fordern strenge jede Vermeidung der Erkältung. Aus diesen Gründen verdienen die Seebäder in den südlichen Klimaten den Vorzug von den in den nördlichen Gegenden. Wo aus pekuniären oder anderen Rücksichten der Gebrauch der natürlichen Salzwasserbäder nicht gestattet ist, bedient man sich mit Vortheil der künstlichen. Schönlein lässt zwei Pfund Kochsalz, 2 bis 3 Unzen schwefelsaure Magnesia und eine halbe Drachme jodinsaures Kali zu einem solchen Bade setzen. James R. Bennet

hält auch das Waschen mit einem in gesalzenes kaltes Wasser getauchten Schwamme, oder das Tropfbad für ein gutes Aushülfsmittel, und empfiehlt bei grosser Tendenz zu Hautausschlägen das warme oder Dunstbad. Er glaubt, dass diese Mittel die besten seien, um temporäre Fieberbewegungen zu beschwichtigen, und die Nervenaufregung bei reizbaren Kindern zu beseitigen. Selbst schon öftere Waschungen mit Kleienabsud oder Seifenwasser wirken wohlthätig. Diese Waschungen können täglich vorgenommen werden, während man die Bäder nur zwei bis drei Mal in der Woche in Gebrauch zieht. Rilliet empfiehlt dagegen einen Tag um den anderen und zwar mindesten drei Wochen lang ein Bad, dem eine konzentrirte Abkochung der Fol. nuc. jugland. und zwei bis vier Pfund Seesalz zugesetzt werden. Das Bad habe die Temperatur von 27° R., und in demselben verweile das Kind eine halbe bis ganze Stunde. Die gleichzeitige Anwendung von Ol. jecor. Asell. und Ferr. lactic., in Verbindung mit einer tonisirenden Nahrung aus Bouillon, und gutem, schwarzem, gebratenem Fleische und dem Genusse einer reinen Landluft, erhöhen den Werth des Bades und wirken äusserst wohlthätig auf die skrophulöse und tuberkulöse Diathese.

Wie der übrige Körper erfordert auch der Kopf die grösste Reinlichkeit. Gegen das von Portenschay empfohlene tägliche Waschen des Kopfes mit kaltem Wasser lässt sich im Allgemeinen nichts einwenden. Auch kann dazu das Badewasser benutzt werden. Das mit kluger Hand ausgeführte Waschen wird eben so wenig die chronischen Kopf- als Gesichtsausschläge stören.

Dagegen bleibt ein unbesonnenes Verfahren nicht ungestraft. Manches Kind würde zweifelsohne am Leben geblieben sein, wenn ihm nicht blindlings auf die eine oder andere Weise der Kopf- oder Gesichtsausschlag vertrieben wäre. Ebenso verhält es sich mit der plötzlichen Unterdrückung des Wundseins, der Otorrhoe, des Nasenblutens und anderer gewohnter Sekretionen.

Ein anderes äusserst belebendes und stärkendes Mittel ist der Genuss einer reinen, gesunden Luft, die einerseits frei ist von vegetabilischen und animalischen Effluvien, und andrerseits eine gleichmässig warme Beschaffenheit hat. Wie nachtheilig die Malaria-Gegenden durch die häufigen Nebel, das feuchte Klima, das schlechte Trinkwasser und die mit den Sumpf-Effluvien geschwängerte Luft auf die Gesundheit überhaupt einwirken, und wie sehr sie insbesondere die Skrophulose und Tuberkulose fördern, haben

wir bereits anderswo nachgewiesen (Das Malaria-Siechthum vorzugsweise in sanitätspolizeilicher Beziehung. Wesel, 1853.). Leider kann aber die überwiegende Mehrzahl der Familien von so manchem Vorbauungsmittel keinen Gebrauch machen. Die pekuniären Verhältnisse legen hier eiserne Ketten an, Träte nicht die gütige Natur in's Mittel, kaum wäre es begreiflich, wie sich noch Jemand in so manchem ungesunden Klima und in den dumpfen, feuchten und schmutzigen Kellerwohnungen, in die kein Sonnenstrahl dringt und die von allen nur möglichen Ausdünstungen umlagert sind, gesund erhalten könnte. Wohlhabende werden es nie bereuen, wenn sie in trockenen, an breiten Strassen gelegenen Häusern ihren Aufenthalt nehmen, und die dumpfe, feuchte Atmosphäre der Thäler mit der reinen Luft höher gelegener Gegenden vertauschen und im Winter an der Seeküste von Italien und Sizilien leben.

Wo ein solcher Ortswechsel nicht stattfinden kann, werde wenigstens für eine öftere Lüftung und eine angemessene Erleuchtung und Temperatur in den Wohn- und Schlafstuben gesorgt. Kinder, welche Anlage zu diesem Hirnleiden haben, sollten den grössten Theil des Tages in der freien Luft zubringen. Kleinere Kinder trägt man umher, schon grössere, die aber nicht laufen können, lässt man im Sommer unter schattigen Baumgruppen auf dem Rasen oder einem Sandhaufen rutschen und kriechen, und solche, die ihrer Glieder bereits mächtig sind, sollen ihre Leibeskräfte durch gymnastische Uebungen zu stählen suchen. Nichts fördert mehr die Krankheitsanlage als anhaltendes Stubenleben. Man sei mit dem Gewöhnen an die verschiedenen Witterungseinflüsse nicht zu ängstlich, glaube aber auch ja nicht, dass die unbesonnene Einführung der spartanischen Sitten ungestraft bleibe. Alter, Konstitution, Individualität und andere Verhältnisse müssen uns leiten, um weder der Verweichlichung, noch einer übertriebenen Abhärtung anheimzufallen.

Die zarte Hautoberfläche und die grosse Reizbarkeit des mukösen Systemes der Kinder, die einen skrophulösen oder tuberkulösen Keim in sich tragen, wird gewiss durch die Kälte nicht gestärkt, sondern vielmehr geschwächt. Um den desfallsigen Nachtheilen zu entgehen, ist eine warme Bekleidung erforderlich. Das jetzt so beliebte Einhüllen in Flanell verdient durchaus nicht allgemein empfohlen zu werden. Die Bekleidung sei der Jahreszeit angemessen, aber nicht im Winter und Sommer gleich. Jede

Uebertreibung führt nur in den Ruin. Dasselbe gilt von den Betten. Kinder, die sich tagtäglich im Freien bewegen und durch Laufen, Springen und andere Leibesübungen die Kräfte zu stählen suchen, bedürfen keine so warme Bekleidung, als solche, die derartige Bewegungen noch nicht vornehmen können. Eine kluge Leitung wird Sorge tragen, dass die gymnastischen Uebungen nicht übertrieben werden und keine Unterdrückung der Hautausdünstung zur Folge haben.

Es ist ein grosser Fortschritt, dass man die frühere Einwickelungsmethode der kleinen Kinder mit einer besseren vertauscht hat. Die Bekleidung muss allerdings diese zarten Wesen hinlänglich gegen die Einwirkung der Kälte schützen, aber auch so eingerichtet sein, dass Arme und Beine sich frei bewegen können und kein Theil des Körpers durch Druck eine Störung des Kreislaufes erleidet. Bei schon herangewachsenen Kindern lässt man am besten den Kopf unbedeckt, besonders wenn die Haare bereits lang sind. Die früher modernen wattirten Fallhüte und Pelzhauben sind gänzlich zu verbannen. Will man eine Kopfbedeckung haben, so sei sie leicht und befördere nicht durch übermässige Wärme den Blutandrang. Fr. Nasse zieht die aus Binsen verfertigten Fallhüte den fischbeinernen vor, die beim Fallen der Kinder leichter den Augen gefährlich werden.

Zur Zeit, wo Scharlach, Masern, Pocken und Keuchhusten epidemisch herrschen, beobachte man die befallenen Kinder mit aller Sorgfalt. Noch sicherer ist es, sie möglichst gegen Ansteckung zu schützen, da diese Krankheiten, wie West bemerkt, einerseits die schlummernde tuberkulöse Kachexie anregen, und andererseits die Disposition zum Hydrokephalus vergrössern oder gar einen Anfall dieses Hirnleidens hervorrufen können. Von dem alten Vorurtheile, dass alle Kinder diese Krankheiten bekämen, wollen wir schweigen. Ob das von Hahnemann gegen den Scharlach empfohlene Extr. belladonn. das gespendete Lob verdiene, dürfte wohl zu bezweifeln sein. Jedoch wollen wir nicht entscheiden, ob in jenen Fällen, wo wir es anwendeten, das Freibleiben reiner Zufall war, oder aber von der Schutzkraft dieses Mittels herrührte. Jedenfalls ist es zur Verhütung der Ansteckung rathsamer, allen Verkehr zwischen den gesunden und kranken Kindern aufzuheben, zumal wenn die Epidemieen einen bösartigen Charakter haben. Kinder unter drei Monaten pflege ich, wofern keine Gefahr im Verzuge ist, nicht gern zu impfen, nehme aber bei herr-

schenden Pockenepidemieen keinen Anstand, noch jüngere Kinder zu vacciniren.

Bei der Behandlung der chronischen Hautausschläge und anderer Uebel, deren Suppression leicht dieses Hirnleiden zur Folge hat, kann man nicht behutsam genug sein. Keineswegs sei aber hiermit gesagt, als sollten derartige Affektionen unangetastet bleiben. Indess lehrt die Erfahrung, dass die mit Kopf- und Gesichtsausschlägen behafteten Kinder in der Mehrzahl der Fälle munter und kräftig sind, und sich recht wohl fühlen. Auch sehen wir, dass, so lange diese und ähnliche Exantheme in ihrem Verlaufe nicht gestört werden, keine beunruhigende Hirnzufälle auftreten. Dieselbe Beobachtung machen wir bei Geschwüren und Drüsenabszessen. Die andauernde Eiterung schützt das Gehirn und andere Organe vor Erkranken. Rilliet sah ein junges skrophulöses Mädchen, dass an einem Kongestionsabszesse am Schenkel litt. Der Eiter wurde durch mehrere nach einander vorgenommene Punktionen entleert, die Eiterabsonderung hörte auf und nach 8 bis 10 Tagen wurde das sehr heitere, lebhafte Kind still und missmuthig, verlor den Appetit, magerte ab, und drei Wochen später hatten sich die Symptome der Meningitis entwickelt.

Dieses führt uns auf den Gebrauch der äusseren Ableitungsmittel. Die Natur selbst hat uns den Weg vorgezeichnet, den wir verfolgen sollen, und ihre Diener haben sich von der Nützlichkeit künstlicher Exutorien überzeugt. In jenen Familien, wo dieses Hirnleiden erblich ist, verdienen äussere Derivantien alle Empfehlung. Schon Quin gibt den Rath, von Zeit zu Zeit Blasenpflaster zu legen. Bei weitem wirksamer sind die Fontanellen im Nacken oder auf den Armen, die aber, wenn sie einen guten Erfolg haben sollen, einerseits eine hinlängliche Eitersekretion geben, und andererseits lange liegen bleiben müssen. Diese beiden Bedingungen machen die Fontanellen erst zu einem heilsamen Präservativmittel. Dem Haarseile kann ich das Wort nicht reden.

Bekannt ist der merkwürdige Fall, den uns Cheyne mittheilt. Denselben Aeltern starben zehn Kinder an der Hirnwassersucht, dem elften wurde eine Fontanelle gelegt. Das Kind blieb von diesem Hirnleiden frei und wurde später die Mutter von fünfzehn Kindern. Sieben von diesen starben wieder unter allen Zufällen von Hirnwassersucht, sechs andere waren 1814 noch am Leben, weil man ihnen frühzeitig Fontanellen gelegt hatte, und einem der beiden übrigen sollte eben, als Cheyne diese Geschichte

erfuhr, eine solche gelegt werden, indem sich Zeichen des Hydrokephalus manifestirten. Auch Sachse überzeugte sich von der grossen Wirksamkeit der Fontanellen. Er liess einem neugeborenen Kinde, dessen Geschwister alle an der Gehirnentzündung gestorben waren, eine Fontanelle legen. Zur Zeit des Zahnens zeigten sich hydrokephalische Zufälle, die sich später und besonders in dem Alter, in welchem die anderen Kinder gestorben waren, noch mehr entwickelten, so dass Aeltern und Arzt auch dieses Kind schon für verloren hielten, als sich plötzlich an dem Oberarme, wo die Fontanelle lag, eine grosse Entzündungsgeschwulst zeigte, die in starke Eiterung überging und so den Knaben von jedem Kopfleiden befreite. Einem zweiten, nachher geborenen Kinde wurde gleichfalls eine Fontanelle gelegt. Die Gefahrzeit ging glücklich und ohne Spuren von Gehirnleiden vorüber. Fr. Nasse empfiehlt ebenfalls dringend, dass man in Familien, wo Aeltern oder andere nahe Verwandte an Gehirnkrankheiten leiden, oder wo gar schon bei Kindern derselben Aeltern Gehirnwassersucht stattgefunden, häufiger als noch zu geschehen pflege, eine Erbsenfontanelle oder Seidelbast zu Hülfe nehmen solle. Er liess, wo Hirnkrankheit in der Familie war, ein solches künstliches Geschwür Jahre hindurch bestehen, und will noch in keinem Falle, wo dieses geschah, die fragliche Krankheit entstehen gesehen haben. Als einen wohl beachtungswerthen Nebenvortheil hebt er den Umstand hervor, dass diese Ableitung auch andere schlimme Komplikationen des Scharlachs und der Masern verhüten helfe.

Jede Art von Aufregung des Gehirnlebens suche man möglichst zu verhüten, oder doch wenigstens bald zu beseitigen. Rührt diese Aufregung von Gallen- oder Wurmreiz her, so leisten die geeigneten Mittel schnell Abhülfe. Mit dem Gebrauche der narkotischen Mittel, namentlich des Opiums und der Belladonna, sei man bei jüngeren Kindern äusserst behutsam. Bei der Dentition, die so oft mit Gehirnaufregung einhergeht, hüte man sich wohl, die etwa eintretenden Zufälle, wenn sie anders einer wichtigeren Deutung fähig sind, immer vom Zahnreize ableiten zu wollen. Wofern Blutandrang gegen den Kopf stattfindet, ist eine örtliche Blutentziehung und ein kühlendes Abführmittel nützlich. Sollte dagegen der Kopfschmerz, der unruhige Schlaf, das Aufschrecken in einer nervösen Aufregung begründet sein, so würde ein passendes Sedativ diese Zufälle beseitigen.

So wie die physische muss auch die psychische Erziehung

nach vernünftigen Ideen geleitet werden; wenn das höchste irdische Gut, die Förderung und Erhaltung der Gesundheit, angestrebt wird. Unsere Zeit scheint sich darin zu gefallen, die Frühreife des Geistes erzwingen zu wollen, bevor noch der Grund und Boden, auf dem sie keimen, gedeihen, blühen und Früchte tragen soll, gehörig vorbereitet ist. Die geistige Frühreife entspringt, wie Brigham sagt, aus einer unnatürlichen Entwickelung eines Organes des Leibes auf Kosten der Leibesbeschaffenheit. Nichts ist thörichter und verderblicher, als die Kinder vor der Zeit zu überklugen Wesen machen zu wollen. Die bedauernswerthe Errungenschaft, die uns die gekünstelte Frühreife des Geistes bringt, läuft grosse Gefahr, an einer unvermeidlichen Klippe wieder zu scheitern. Wir können wohl, sagt Göthe, die Eiche in ein Porzellangefäss, welches einzig und allein zur Aufnahme zarter Blumen bestimmt ist, pflanzen, und für eine Weile wird sie auch blühen; aber wenn die Wurzeln des starken Baumes sich entfalten, wird das schöne Gefäss zersprengt.

Das allmählige Erwachen und die stufenweise Entfaltung der geistigen Thätigkeiten und Kräfte ist ein Gegenstand, der unsere volle Bewunderung verdient. Durch diesen Gang der Natur ist auch der Weg vorgezeichnet, der uns bei der psychischen Erziehung der Kinder leiten muss. Das zarte Denkorgan ist im kindlichen Alter in einer evolutiven Entwickelung, ermüdet leicht und wird gefährdet und endlich erschöpft, wofern die geistigen Anstrengungen nicht in vollem Einklange stehen mit seinen Kräften und den organischen Gesetzen. Die grosse Thätigkeit des Gehirnes in der Kindheit entspricht der funktionellen Bestimmung dieses Organes, und gibt sich durch die anhaltende Beschäftigung mit den verschiedenartigsten Gegenständen zu erkennen. Wo diese natürliche Thätigkeit schlummert oder sich träge manifestirt, bedarf sie einer äusseren Anregung, die der intellektuellen Kultur entspricht. Ein solcher Antrieb wird bei der torpiden skrophulösen Konstitution seinen wohlthätigen Einfluss nicht verfehlen. Dagegen wäre es ein beklagenswerther und verderblicher Missgriff, wenn man glaubte, dass bei den Kindern, die glückliche, ausgezeichnete Geistesanlage besitzen, die psychische Erziehung nach denselben Grundsätzen zu leiten sei. In diesem Falle macht man von dem göttlichen Geschenke nur dann einen richtigen Gebrauch, wenn man den beweglichen, aufgeregten und Andere weit überflügelnden Geist nicht zügellos lässt, sondern nach vernünftigen Ideen

in gewissen Schranken hält. Wahr ist es, dass die durch Geistesfähigkeiten bevorzugten Kinder leichter von diesem Hirnleiden befallen werden, als solche, denen die Natur eine leichte Auffassungsgabe und die Beweglichkeit des Geistes versagt hat. Aber nicht weniger wahr ist es, dass unter gleichen Umständen erstere mehr gefährdet sind, als letztere.

Kurative Behandlung.

Konnte durch das prophylaktische Verfahren dieses Hirnleiden nicht verhütet werden, sei es, dass dasselbe entweder erfolglos blieb, oder aber der rechte Zeitpunkt seiner Anwendung unbenutzt vorüberging, so tritt die weit schwierigere Aufgabe ein, die eben entstandene oder schon bis zu einem höheren Grade der Ausbildung gelangte Krankheit rasch zu bekämpfen. Kein Augenblick ist zu verlieren, der beste Zeitpunkt eines erfolgreichen Wirkens eilt schnell dahin und ist, unbenutzt gelassen, unwiederbringlich verloren. Je baldiger und sicherer die vermittelnden Ursachen gehoben werden können, um desto grösser ist die Hoffnung auf einen glücklichen Ausgang. Ueberdies berücksichtige man das Stadium der Krankheit, die Vehemenz der Zufälle und den Fieberzustand, das Alter, die Anlage, die Konstitution und die Kräfte des Kindes, und erwäge zugleich, ob das Hirnleiden allein bestehe, oder aber mit anderen und welchen Affektionen komplizirt sei, und wie sich das gegenseitige Verhältniss ausspreche.

Mittel sind in Menge vorgeschlagen und empfohlen, aber nur wenige führen sicher zum Ziele. Die Unterscheidung dieses Hirnleidens in eine Meningitis tuberculosa s. granulosa und in eine Meningitis simplex hat der Therapie keinen besonderen Gewinn gebracht, in dem einen wie in dem anderen Falle sind dieselben Anzeigen zu realisiren. Aus unseren oben mitgetheilten Beobachtungen geht schon hervor, welche Behandlungsweise von uns eingeschlagen wurde. Oertliche Blutentziehungen, kalte Fomente und Vesikatore in Verbindung mit Abführmitteln und Kalomel haben uns im ersten und zweiten Stadium der Krankheit (nach Gölis) noch die besten Dienste geleistet. Da bei jüngeren Kindern die Nieren und die Haut einerseits verhältnissmässig weniger ausscheiden, und andererseits auch bei weitem schwieriger zu einer quantitativ reichlicheren Sekretion umzustimmen sind, so verdient behufs einer hinlänglichen Ableitung vom Kopfe die Derivation durch den Darm unstreitig den Vorzug. Diese wenigen

Andeutungen mögen hier genügen, zumal wir bereits vor mehreren Jahren den therapeutischen Werth der einzelnen in diesem Hirnleiden gebräuchlichen Heilmittel in dieser Zeitschrift (Fr. J. Behrend's und A. Hildebrand's Journal für Kinderkrankheiten 1848. März- und Aprilheft) ausführlich gewürdigt haben.

Das Heilverfahren wird wesentlich gefördert durch eine angemessene Diät und die möglichste Ruhe des Geistes und Körpers. Das Kind liege in einem geräumigen, ruhigen und nicht zu hellen Zimmer, dessen Temperatur mehr kühl ist. Das Lager sei von Matratzen, die Bedeckung leicht, mache keine Hitze und erzwinge keinen unnöthigen Schweiss. Mit dem Kopfe liege das Kind etwas höher als mit den Füssen. Alle etwaigen Erschütterungen müssen sorgfältig vermieden werden. Ist das Wiegen auch im Allgemeinen nicht so schädlich, wie man wohl glaubt, so ist es doch in dieser Krankheit zu unterlassen. Wenn sich die Kinder in ihrem Bettchen aufrichten oder wieder niederlegen, oder wenn sie auf den Schooss genommen sein wollen, sei man ihnen auf alle Art behülflich, unterstütze mit Sorgfalt den Kopf und verhüte jede erschütternde Bewegung. Abgesehen davon, dass eine solche Pflege den Kopfschmerz nicht unnöthiger Weise steigert, hält sie auch mehr oder weniger das Erbrechen zurück. Man steigere ja nicht die verdriessliche und mürrische Stimmung, entferne alles Geräusch und jeden unangenehmen Geruch, und beseitige Alles, was das Gefühl und den Geschmack unangenehm affizirt. Die den Kindern in ihren gesunden Tagen gefälligen Personen müssen ihnen auch während der Krankheit zur Seite stehen. Jede psychische Aufregung ist zu vermeiden, das immerwährende Anreden und Auffordern zum Besehen von Bildern und Spielsachen muss unterbleiben. Man spreche mit den Kindern in einem sanften und gefälligen Tone, richte die Arzneien möglichst wohlschmeckend ein und suche sie durch Güte und Versprechungen ohne grosses Widerstreben beizubringen. Es ist wirklich grausam, die Kinder mit Gewalt zum Einnehmen zu zwingen, sie dabei festzuhalten und ihnen unter Zudrücken der Nase die Medikamente in den Mund zu giessen. Diese Methode verdient die grösste Rüge. Wüsste ich nicht aus eigener Erfahrung, dass selbst Aerzte sie empfehlen, so würde ich sie mit Stillschweigen übergangen haben. Bei der verdriesslichen Stimmung der Kinder ist es viel besser, einige Augenblicke mit dem Arzneigebrauche

zu warten. Durch ein freundliches Benehmen lassen sie sich oft beruhigen und zum willigen Einnehmen bringen.

Die Kinder verlangen selten nach vielen Speisen, und haben selbst nach ihren Lieblingsgerichten mehr ein Verlangen als wirklichen Appetit. Man untersage alle reizenden und erhitzenden Nahrungsmittel, welche die Gefässthätigkeit steigern. Alles sei leicht verdaulich und werde in kleinen Quantitäten verabreicht. Es ist aber wohl zu beachten, dass die Kräfte nicht verfallen. Bei wiederkehrender Genesung gehe man immer von den gelinderen nur allmählig zu den kräftigeren Nahrungsmitteln über.

Der Augenblick, wo die Krankheit aus dem Stadium der Entzündung in das Stadium der Exsudation übergeht, gibt sich durch keine sichere Zeichen zu erkennen. Erst das weitere Fortschreiten vergewissert uns die erfolgte Ausschwitzung. Wir wissen aber nicht, ob das Exsudat für sich besteht, oder aber mit einer Strukturverletzung des Gehirnes verbunden ist. Es scheint daher nicht rathsam, gleich den Kurplan zu ändern, wenigstens soll dieses nicht eher geschehen, bis die Exsudation sich völlig manifestirt. Ist dann auch das Heilverfahren mehr als problematisch, so darf es doch nicht aufgegeben werden, indem die Erfahrung, wenn auch nur in einzelnen Fällen, doch noch die Möglichkeit eines günstigen Ausganges nachgewiesen hat. Keineswegs aber empfehlen sich die heroischen Mittel, wie die Moxen und das Glüheisen. Kalten Begiessungen kann ich nach meiner Erfahrung nicht das ihnen gespendete Lob ertheilen, dagegen verdienen, neben dem Gebrauche von resorptionsförderlichen und das gesunkene sensible Leben wieder hebenden Mitteln, warme Fomentationen aus resolvirenden und aromatischen Kräutern versucht zu werden. Die kalten Fomente und Blutentziehungen passen nicht mehr.

Im letzten Stadium dieses Hirnleidens sind alle Rettungsversuche fruchtlos. Selbst in jenen Momenten, wo das Bewusstsein auf einen Augenblick zurückkehrt, wo der Kranke sich bemüht, ein Wort zu sprechen, wo er seine nächste Umgebung wieder anzusehen scheint, hoffe man keinen Vortheil mehr von einem Kurativverfahren, sondern berücksichtige nur die Euthanasie. Noch nie ist es gelungen, in dieser Periode einen Kranken zu retten.

II. Kritiken und Analysen.

Die Syphilis der Neugeborenen und Säuglinge, von Dr. Diday in Lyon.

(Traité de la Syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, par P. Diday, Ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (Hôpital des Vénériens de Lyon), ouvrage qui a remporté le prix au concours de Bordeaux), Paris 1854, 8, p. 434.

Erster Artikel.

Die Syphilis der Neugeborenen und Säuglinge schliesst Fragen von der grössten Wichtigkeit in physiologischer, pathologischer, therapeutischer, forensischer und sanitätspolizeilicher Hinsicht in sich, und es ist deshalb der medizinischen Gesellschaft zu Bordeaux volle Anerkennung zu zollen, dass sie diesen Gegenstand zu einer Preisaufgabe gemacht hat. Die vor uns liegende Schrift, die den Preis bekommen hat, hat uns aber, wir wollen es aufrichtig gestehen, nicht in allen Punkten befriedigt. Es ist wenig Eigenes darin, noch weniger Neues, und die Zusammenstellung des Bekannten und von anderen Autoren Entnommenen scheint uns nicht überall logisch scharf und übersichtlich, nicht bündig und nicht kritisch genug gegeben zu sein. Lesenswerth ist indessen die Schrift jedenfalls und unseren Lesern hoffen wir einen Dienst zu erweisen, wenn wir in aller Kürze ihnen den Verfasser vorführen und daran unsere eigenen Erfahrungen und Ansichten knüpfen, wo Solches thunlich erscheint.

Das Werk zerfällt in 5 grössere Abschnitte: Aetiologie, Symptomatologie, Prognose, forensische Beurtheilung und Behandlung.

I. Aetiologie.

Eine kurze Geschichte, die der Verf. voranschickt, ist sehr dürftig; er führt einige ältere Schriftsteller aus dem 16. und 17. Jahrhundert an, die bereits von der angeborenen Syphilis gesprochen haben. Dankenswerther wäre es gewesen, wenn er einen geschichtlichen Ueberblick der verschiedenen Ansichten gegeben haben würde, die allmählig bis zum heutigen Tage sich geltend

gemacht haben. — In den Gegenstand selbst eingehend, unterscheidet er die Syphilis der Neugeborenen und Säuglinge in Syphilis congenita und Syphilis acquisita.

A. Angeborene Syphilis. Damit gleichbedeutend ist Syphilis hereditaria oder vererbte Syphilis, Syphilis per generationem, Syphilis intra uterum. In Bezug auf diese Syphilis stellt sich der Verf. mehrere Fragen auf:

1) Wenn der Vater allein syphilitisch ist, kann er die Krankheit auf das Kind übertragen? Diese Frage ist sehr unbestimmt. Meint der Verf. hier die primäre oder die konstitutionelle Syphilis des Vaters? Er hat sich nicht so deutlich ausgesprochen, wie er es doch leicht hätte thun können. Es ist kaum einem Zweifel unterworfen, dass, wenn der Vater zur Zeit der Zeugung an primärer Syphilis leidet, das heisst, einen Schanker an seinen Genitalien hat, er zuerst die Mutter infiziren wird, und dass dann von der Mutter die Krankheit, sobald sie konstitutionell geworden, auf die Frucht übergehen wird, — eine Art der Uebertragung, die der Verf. noch später erörtert. Leidet der Vater nur an primärer Syphilis, wird die Frucht von ihm also direkt nicht infizirt werden, da seine Säftemasse, von welcher doch die Befruchtung ausgeht, noch von der Krankheit frei ist. Leidet der Vater aber an konstitutioneller Syphilis, so treten Fragen auf, über die eine Meinungsverschiedenheit obgewaltet hat. Einige wenige Autoren haben gemeint, dass ein solcher Mann auf die von ihm gezeugte Frucht die Syphilis nicht übertragen könne. Dem ist aber widersprochen und zwar durch Thatsachen, die nicht wegzuläugnen sind. Man hat Fälle genug aufgezeichnet, in denen ein an syphilitischer Dyskrasie leidender Mann mit einer ganz gesunden Frau syphilitische Kinder zeugte. Dass dabei die Frau verschont geblieben sein könne, wird von Vielen bestritten, die da meinen, dass, wenn der Same des Mannes eine solche infizirende Eigenschaft besitzt, um die Frucht syphilitisch zu machen, die Mutter jedenfalls auch infizirt werden müsse. Dieser Annahme tritt aber die Uebertragung anderer Dyskrasieen und sogenannter Erbfehler durch den zeugenden Vater auf die Frucht bei gänzlichem Verschontbleiben der Mutter entgegen, — eine Erfahrung, die tagtäglich gemacht wird. Wird nicht Habitus, Gesichts- und Körperähnlichkeit, geistige und körperliche Anlage, Geistesfehler, gastrische Disposition, Disposition zu Blasensteinen, Skrophulosis u. s. w. vom zeugenden Vater auf die

Frucht übergetragen, ohne dass die Mutter mit davon ergriffen wird? Der Verf. ist ganz dieser Ansicht, aber er demonstrirt und argumentirt sie sehr oberflächlich.

2) Wenn der Vater vorher syphilitisch gewesen, aber zur Zeit der Zeugung kein Merkmal von Syphilis mehr darbietet, — kann er doch noch Syphilis in der Frucht zur Entstehung bringen? Diese vom Verf. aufgestellte Frage ist eigentlich eine müssige; denn wenn Einer an konstitutioneller Syphilis gelitten hat, so kann man selbst dann, wenn man an ihm kein verdächtiges Symptom mehr wahrnimmt, doch noch nicht sicher sein, dass nicht noch Syphilis in ihm stecke. Es gibt eigentlich kein Kriterium, welches mit Bestimmtheit einen von der Syphilis hergestellten Menschen als durchaus syphilisfrei nachweist. Ein solcher Mensch muss auch sehr auf seiner Huth sein und sich bei irgend einer verdächtigen Erscheinung sofort an einen vernünftigen Arzt wenden. In praktischer Hinsicht aber bekommt diese Frage eine nicht geringe Bedeutung; denn sehr oft wird der praktische Arzt von Kranken, die syphilitisch gewesen, nach der Heilung gefragt, ob sie nun auch ganz befreit seien, ob sie heirathen dürfen, ob man ihnen das mit gutem Gewissen auch versichern könne u. s. w.? Ref. antwortet ihnen gewöhnlich, dass, da er jetzt an ihnen nichts Krankes mehr wahrnehme, er sie für gesund erklären müsse. Ob noch irgend einmal etwas nachkommen werde, glaube er nicht und könne es auch jetzt noch nicht bestimmen; eine blose und vage Besorgtheit vor dergleichen möge sie aber nicht vom Heirathen abhalten; denn sonst dürfte Einer, der syphilitisch gewesen, gar nicht mehr heirathen, da selbst noch 30 Jahre nachher nach Ricord Symptome von Syphilis sich zeigen können.

Die syphilitische Dyskrasie oder die konstitutionelle Syphilis zeigt in ihren Manifestationen eine Art Ebbe und Fluth, d. h. sie macht sich lange durch nichts bemerklich, und man glaubt sie getilgt, und dann spriesst sie wieder hervor. Worauf dieses zeitweise Zurücktreten und Emporblühen beruht, ist bis jetzt noch nicht festgestellt, aber möglicherweise erklärt sich daraus die Wahrnehmung, dass ein an syphilitischer Dyskrasie leidender Vater mit einer gesunden Frau unter mehreren kranken Früchten auch wohl eine oder zwei gesunde erzeugt. Der Verf. beschäftigt sich mit diesem Punkte, aber in einer etwas verworrenen Weise.

„Vernünftigerweise, sagt er, sollte man annehmen, dass eine Dyskrasie, die durch sinnlich wahrnehmbare Erscheinungen noch gar nicht, oder nicht mehr sich manifestirt, sehr schwach vorhanden und folglich nicht so übertragbar sein muss, als die, deren Symptome recht augenfällig sind. Es ist dieses auch die Ansicht der Meisten; Rosen erklärt sich geradezu für dieselbe und mehrere Beispiele sprechen für sie. Von folgendem Falle bin ich selbst Zeuge gewesen. Im Juni 1849 kam ein junger Mann zu mir voller Thränen. In einem Jahre sollte er sich mit einem jungen Mädchen verbinden, das ihm von seiner Familie seit seiner Jugend bestimmt war. Er hatte aber jetzt einen Schanker, der einen Monat alt war. Der Schanker war indurirt und ich gab ihm Pillen aus gelbem Jodquecksilber, und da mein Kranker fürchtete, bis zu seiner ehelichen Verbindung nicht vollständig geheilt zu sein, so gab ich gern seinen oft wiederholten Wünschen nach, und knauserte daher weder mit den Dosen, noch mit der Dauer der Behandlung *). Etwa 14 Tage bis 3 Wochen nach dem ersten Besuche zeigte sich eine papulöse Syphilide, welche mit geschwürigen Tuberkeln der Mandeln begleitet war. Er nahm Merkur unter meiner Leitung, bis das Zahnfleisch mässig affizirt war, und zwar in mehreren Absätzen während 6 Monaten. Noch immer nicht beruhigt, wendete er sich mit meiner Bewilligung an meinen geehrten Kollegen Dr. Bottex, welcher, um ihm Genüge zu leisten (!) und ihn, obwohl ihn für geheilt haltend, doch noch (!!) drei Wochen lang den v. Swieten'schen Liquor gebrauchen liess. Dann verheirathete sich der junge Mann und bald wurde seine Frau schwanger. Er ging nach Aix, um dort die Quellen zu benutzen, und erschrack nicht wenig, als er während deren Gebrauch eine sehr deutliche papulöse Syphilide und mukösе Tuberkeln am After hervortreten sah. Mit der grössten Besorgniss erwartete er nun die Niederkunft seiner Frau, indem er ein ungesundes, mit Pusteln bedecktes Kind fürchtete. Seine Furcht wurde aber nicht bestätigt. Das Kind kam gesund zur Welt, ist jetzt zwei Jahre alt und immer gesund gewesen."

„Ist die Immunität der Frucht unter solchen Umständen möglich, so würde man sich doch täuschen, — und zwar zu sehr ernstem Nachtheile der Familien, wenn man sie für gewiss

*) *Je ne lui marchandai ni les doses, ni la durée de la médication spécifique* — sagt der Verf. wörtlich. Ref.

halten würde. Cullerier, Arzt an der Ourcine, hat mir gesagt, er glaube, dass dieses traurige Uebertragen der Syphilis auf die Frucht, wenn zur Zeit der Zeugung an Vater und Mutter keine Syphilis sich äusserlich bemerkbar macht, allein von der Mutter ausgehe und nicht vom Vater. Es ist dieses ein Paradoxon des sonst so scharfsichtigen Beobachters. Nur Thatsachen können darauf antworten, und ich will einige sehr entscheidende anführen. Prof. Cederschjold (Tijdscrift for Läkare VII. Nr. 10, 1840) sagt, dass die Väter und Kinder, die er, mit Syphilis behaftet, von einer gesunden Mutter hat geboren werden gesehen, kurz vor dem Akte der Schwängerung wegen primärer Syphilis behandelt worden sind, dass sie aber vollständig geheilt erschienen und nur etwas Schwäche darboten."

„M. T., der vier syphilitische Affektionen gehabt hat und unvollständig geheilt worden war, verheirathete sich. Er war geschwächt, aber bot zu der Zeit kein spezifisches Symptom dar. Etwa ein Jahr nach der Hochzeit kam seine bis dahin ganz gesunde Frau mit einem Kinde nieder, das anscheinend sehr wohl und kräftig konstituirt war, aber nach drei Wochen einen sehr charakteristischen Pustelausschlag bekam und 11 Monate alt starb (Troncin de l'Extinct de la malad. vénér.)."

Diese syphilitische Dyskrasie ohne augenblickliche Manifestation zeigt zwei sehr verschiedene Perioden: entweder befindet sich der Kranke zur Zeit der Zeugung gerade zwischen zwei Anfluthungen in einer Art der Krankheit, oder er ist in derjenigen Inkubations- oder Uebergangsperiode zwischen dem primären Schanker und dem ersten Hervortreten der konstitutionellen Symptome. Kann der Mann in jeder dieser Perioden durch die Zeugung die Syphilis auf die Frucht übertragen?"

Die bis jetzt bekannten Thatsachen lassen daran nicht im Geringsten zweifeln. Ricord, dessen Hauptdogma die Konsequenz der Erscheinungen oder der sich folgenden drei Phasen der Syphilis ist, — der seine sekundären (kutane Affektionen) Affektionen auf die primären, — und seine tertiären (Zellgewebs- und Knochenaffektionen u. s. w.) auf die sekundären folgen lässt, und niemals zugibt, dass es anders sein kann, behauptet auch, dass die Syphilis des Erzeugten an die Syphilis des Erzeugers, des Vaters oder der Mutter, in der Art sich anknüpfe, dass auch hier die Konsequenz stattfindet. Nach Ricord folgt also bei der Frucht die sekundäre Syphilis, in ihren ersten kutanen Er-

scheinungen, wenn der Vater sich gerade im Uebergange zwischen der primären und konstitutionellen Syphilis befunden hat, und es folgt ferner bei der Frucht die tiefer greifende kutane Syphilis, z. B. Ekthym und Rupia, wenn der Vater die mildere Form der kutanen Syphilis bei der Zeugung an sich gehabt hat und endlich zeigt nach Ricord die Frucht die tertiäre Syphilis, wenn der Vater bei der Zeugung die tieferen, schon ulzerativen Formen der kutanen Syphilis an sich trägt. Mit einem Worte, nach dem Dogma Ricord's ist die Syphilis der Frucht nichts weiter, als die Kontinuation der Syphilis des Erzeugers in ihrer fortschreitenden Entwickelung. Nach diesem Dogma beginnt die Syphilis der Frucht da, wo die Syphilis des Erzeugers zur Zeit der Zeugung stand, allein bis jetzt ist dieses Dogma durch die Thatsachen noch nicht erwiesen. Ref. glaubt im Gegentheile gefunden zu haben, dass die Syphilis der Frucht eine mildere Phase darbietet, als die des Erzeugers, gleichsam als ob die Krankheit mittelst des Durchganges durch die Generation eine Milderung oder Modifikation zum Bessern erlitten hat. Weitere Nachforschungen über diesen Punkt sind noch nöthig, um hier Gewissheit zu verschaffen.

Zwei Sätze, auf die der Verf. aufmerksam macht, sind jedoch jetzt schon als sicher herauszustellen. Der erste Satz ist der, dass man einen Menschen, der an Syphilis gelitten und dann durch eine Merkurialkur oder auf andere Weise geheilt worden, durchaus nicht für gesichert halten kann, doch nicht ein mit Syphilis behaftetes Kind zu zeugen, weil, wie schon erwähnt, uns die Kriterien fehlen, wonach wir die Syphilis für vollständig erloschen halten dürfen. Hieran schliesst sich der zweite Satz, dass, wenn eine gesunde Frau eine mit Syphilis behaftete Frucht zur Welt bringt und der Vater zur Zeit der Zeugung erweislich nichts Krankhaftes an sich getragen hat, vorher aber syphilitisch gewesen ist, man nicht zu schliessen berechtigt ist, der Mann trage nicht die Schuld. Ref. hat einen Fall erlebt, wo ein Arzt, der an diesen Satz nicht dachte, beinahe das Glück einer ganzen Familie umgestürzt hätte, indem er den Verdacht auf eine Frau warf, die, an sich gesund und seit einem Jahre mit einem anscheinend gesunden Manne verheirathet, ein syphilitisches Kind gebar. Der Arzt, der nahe verwandt war und die Syphilis des Kindes vom ehelichen Vater nicht herleiten zu können glaubte, erhob den Verdacht, dass die Frau von einem anderen Manne

...t worden sei. Erst drei oder vier Monate nach der ...es bekam der Ehemann nächtliche Knochenschmer- ...n nun erst war der Arzt versichert, dass das ...ne gezeugt worden sei.

...Syphilis leidender Mann durch den Bei- ...chwangeren, gesunden Frau die Krank- ...übertragen, ohne die Frau selbst zu infizi- ..., die heutigen Tages die Meisten wohl vernei- ...ist doch mehrfach erörtert worden. So bemerkte ...698), dass man oft syphilitische Kinder geboren wer- ..., obgleich die Samen des Vaters und der Mutter, die ...er Konzeption gedient hatten, rein gewesen waren; syphili- ...ch werden hier die Kinder blos davon, dass die Mütter, nachdem sie von gesunden Männern schwanger geworden, sich mit anderen Männern einliessen, die unrein waren. —

Hunter sagt geradezu, dass der infizirende Eiter, ohne Syphilis in den Texturen der Mutter erzeugt zu haben, so wie er absorbirt ist, geradezu auf das Kind übergetragen werden und in ihm die Syphilis erzeugen kann, die er sonst bei der Mutter erzeugt haben würde. Auch Nisbett glaubt, dass das venerische Gift, welches in der Säftemasse zirkulirt, auf die Frucht sich ablagern könne, ohne die Mutter zu infiziren. Diese Idee, dass der Mann, der mit einer Schwangeren den Beischlaf vollzieht, auf die schon gebildete Frucht in ihrem Leibe noch einen Einfluss ausübe, ist so verbreitet, dass bei ungebildeten Völkern, selbst auch bei den unteren Klassen der zivilisirten Nationen, davon viele Merkmale an dem Körper und dem Wesen des Kindes hergeleitet werden. In einem Falle klagt ein Bauer auf Ehescheidung von seiner Frau, die er des Ehebruches beschuldigt, weil sie ein Kind mit rothen Haaren zur Welt gebracht, er und sie aber schwarze Haare habe, jedoch der Nachbar mit rothen Haaren versehen sei; er wurde natürlich, da ihm alle wirklichen Beweise des Ehebruches fehlten, mit der Klage abgewiesen, zumal sich ergab, dass der rothhaarige Nachbar verreist gewesen und erst wenige Monate vor der Niederkunft der Frau zurückgekehrt war. Der Bauer gab zu, dass die Schwangerschaft seiner Frau von ihm herrühre, aber er sowohl, wie die ganze Dorfschaft waren überzeugt, dass die rothen Haare vom Nachbar kommen, der, wie der Bauer sich ausdrückte, später bei der Frau nachgeholfen

habe. Wir wollen sehen, was der Verf. des vor uns liegenden Werkes sagt:

„Die Einwirkung eines Virus Seitens des Mannes beim Coitus auf die Frucht, ohne dass die Mutter affizirt wird, wird durch die tägliche Erfahrung mehr als wahrscheinlich gemacht. Wenn die Variola, wie Mead, Deneux, Lebert, Depaul, Simpson und Andere gesehen haben, beim neugeborenen Kinde sich zeigen kann, ohne dass die Mutter eine Spur dieser Krankheit darbietet, warum soll nicht auch ein sehr analoges Agens, nämlich das Syphilisgift, dieselbe Eigenschaft besitzen? Lawrence, der diese Analogie der Syphilis mit der Variole sich ganz besonders vor Augen stellt, glaubt, dass der Vater, ohne die Mutter zu infiziren, die Krankheit auf die Frucht übertragen könne, die sie in ihrem Schoosse trägt. Albers (über Erkenntniss und Kur der Syphilis) erzählt einen Fall, der dafür sprechen kann:

Ein an Venerie leidender Mann hatte mit einer 6 bis 7 Monate schwangeren Frau fleischlichen Umgang. Sie selbst wurde nicht infizirt. Zu gehöriger Zeit kam sie mit einem Kinde nieder, welches bald nach seiner Geburt deutliche syphilitische Pusteln zeigte und am neunten Tage starb. Der Vater zeigte kurze Zeit nachher die Symptome der allgemeinen Syphilis und wurde durch Merkurialeinreibungen geheilt.

Bei Fällen dieser Art muss man aber zwischen dem Anscheine und der Wirklichkeit, zwischen der unwahrscheinlichen Folgerung, die man daraus zieht, und der mehr rationellen Erklärung der Thatsachen unterscheiden. Gerade hier sind Täuschungen überaus leicht. Ich verwerfe ebenfalls die Hypothese, dass der Same eines kranken Mannes auf die schon gebildete, seit einigen Monaten oder auch nur seit einigen Wochen bestehende, Frucht geradezu einen Einfluss haben könne. Zwischen diesen beiden Wesen ist ein direkter Rapport nicht mehr möglich. Kann aber der Organismus der Mutter nicht die Kommunikation zwischen der schon bestehenden Frucht und dem den Beischlaf verübenden Manne vermitteln? Ist nicht denkbar, dass das Zirkulationssystem der Mutter den beigebrachten Giftstoff von dem den Beischlaf verübenden Vater gleichsam isoliren und auf das Kind, das sie in ihrem Schoosse trägt, überführen könne, ohne dass ihr selbst etwas davon verbleibt? Ist nicht denkbar, dass die Frucht der Dispositionsort ist, auf welchen die Mutter den ganzen Giftstoff ablagert? Eine durchaus negative Antwort lassen zahlreiche andere Analogieen nicht zu. Seit den Beobachtungen von Mayo, Giles, Guerin, Davy, Gillivray, A. Thompson, Olgive, Fournet und Anderen über die Uebertragungen gewisser Charaktere bei den Thieren und gewisser Krankheiten bei den Menschen lässt sich kaum zweifeln, dass eine ganz gesunde Wittwe, die eine zweite Ehe mit einem ganz gesunden Manne eingegangen

hat, aus dieser zweiten Ehe Kinder haben kann, welche noch Fehler an sich tragen, die ihr erster Mann hatte. Wenn das der Fall ist, lässt sich das anders erklären, als durch den Durchgang eines krankmachenden Einflusses vom Manne aus durch den Organismus der Mutter hindurch, geradezu auf die Frucht, so dass der Organismus der Mutter weiter nichts ist, als der Konduktor, der nicht selbst an der Affektion Theil genommen? Ich will einen Fall anführen, der für diese Art der Uebertragung spricht:

Ein Mann hatte eine sehr hartnäckige Syphilis, wegen der er im Hôpital du Midi behandelt wurde und woran er starb. Während seiner Krankheit hatte er mit seiner Frau eine Tochter gezeugt, die im Alter von zwei Monaten geschwürige Pusteln an der Vulva bekam und starb, ohne behandelt worden zu sein. Die Frau behauptet, weder zu dieser Zeit, noch vorher oder nachher jemals syphilitisch gewesen zu sein. Etwa 18 Monate nach dieser Niederkunft verheirathete sie sich wieder und zwar mit einem gesunden Manne und hatte von ihm ein Kind, welches an den Genitalien und an der Stirne Pusteln zeigte, die denen des ersten Kindes ähnlich waren. Sie kam mit diesem Kinde in die Ourcine. Das Kind war um diese Zeit $4^1/_2$ Monate alt und man erblickte an ihm ganz deutliche syphilitische Tuberkeln auf der Stirne, am Munde, an den Oberschenkeln, zwischen den Hinterbacken und am Hodensacke. Die sehr genau untersuchte Frau hatte keine Spur einer vorhandenen oder früher gewesenen Syphilis, nur an der vorderen Lefze des Mutterhalses hatte sie eine groschengrosse, granulirende Röthe."

Diese granulirende Röthe hielt Vidal, der diesen Fall mittheilte (Gazette des Hôpitaux 1841), für einen hinlänglichen Beweis der syphilitischen Dyskrasie bei der Mutter, was aber der Verf. durchaus nicht zugeben will. Er bleibt dabei, dass die Mutter dieses Kindes niemals syphilitisch gewesen und er schliesst sich der Hypothese an, dass nicht nur ein Mann, der an syphilitischer Dyskrasie leidet, einen solchen Einfluss auf die Frau ausüben könne, dass sie, auch lange nachher noch, sein Gepräge auf die Frucht abzudrücken im Stande sei, ohne selbst zu leiden, sondern er ist auch der Ueberzeugung, dass auf die auch schon vorhandene Frucht im Leibe einer gesunden Mutter durch diese hindurch, und ohne sie selbst zu affiziren, ein syphilitischer Mann mittelst des Beischlafes einen Einfluss ausüben könne.

„Wenn, sagt er, der veränderte Same eines früheren Mannes in seiner Frau einen solchen Eindruck zu hinterlassen vermocht hat, der im Stande ist, die von einem zweiten, gesunden Manne gezeugten Kinder zu infiziren, warum sollte es nicht möglich sein, dass ein syphilitischer Mann einen eben solchen

Eindruck durch den Beischlaf mit einer gesunden Schwangeren auf die in ihrem Leibe bereits vorhandene Frucht während der sieben- bis achtmonatlichen Dauer der Plazentar-Ernährung ausüben könne? Ich verhehle mir die Verschiedenheiten keineswegs, welche zwischen diesen Fällen obwalten, aber sind sie bedeutend genug, dass, wenn der erstere Fall heutigen Tages als erwiesen (??) angenommen werden muss, der andere Fall durchaus abzuleugnen sei, weil die Thatsachen noch fehlen?"

Der Verf. glaubt aus allem Dem die Lehre ziehen zu müssen, dass, wenn ein mit Syphilis behafteter Mann mit einer schon schwangeren Frau fleischlichen Umgang gehabt hat, zumal wenn die Schwangerschaft erst von kurzer Dauer ist, man durchaus nicht versichert sein könne, das Kind werde gesund zur Welt kommen oder von Syphilis frei sein, selbst wenn auch die Mutter nichts Krankhaftes darbietet. Man müsse also ein solches Kind sehr genau in's Auge fassen und in den ersten Monaten seines Lebens scharf beobachten.

Ref. muss hier seine eigene Erfahrung über alle diese Punkte anreihen. Aus sehr zahlreichen Beobachtungen ist er zu folgenden Ansichten gelangt:

1) Ein Mann, der an primärer Syphilis leidet, steckt die Frau an, die er schwängert, aber übt keinen Einfluss auf die Frucht aus, die er zeugt, sondern die Frucht wird nur syphilitisch, wenn in der Schwangeren die primäre Syphilis nicht schnell und gründlich getilgt wird, sondern sich zur konstitutionellen Syphilis entwickelt.

2) Ein Mann, der an konstitutioneller Syphilis leidet, steckt die Frau, der er beiwohnt, nicht sofort an, zeugt aber, wenn nicht immer, doch sehr häufig, eine syphilitische Frucht. Die Mutter bleibt in diesem Falle gewöhnlich von der Krankheit sehr lange Zeit frei und der Giftstoff lagert sich ganz und gar auf eine uns noch unbekannte Weise auf die Frucht ab.

3) Die Syphilis einer so erzeugten Frucht ist in ihrer Intensität nicht blos abhängig von der Intensität der syphilitischen Dyskrasie beim Vater, sondern auch von der grösseren oder geringeren Lebenskraft der Frucht selbst, die sie, so wie ihre Organisation, von der Mutter empfängt. Ist also die Mutter gesund und kräftig und bietet die Frucht eine robustere Organisation und eine regere Lebenskraft dar, so wird die ihr vom zeugenden Vater imprägnirte Syphilis weniger verderblich und bösartig sich

zeigen, als wenn die von Syphilis freie Mutter selbst schwächlich und kümmerlich ist.

4) Auf die schon gebildete, im Mutterleibe vorhandene Frucht übt ein an syphilitischer Dyskrasie leidender Mann, der mit einer gesunden Schwangeren den Beischlaf verübt, wenn er letztere nicht selbst ansteckt, keinen Einfluss aus. Wenigstens sind bis jetzt keine unzweifelhaften oder authentischen Fälle dieser Art bekannt.

5) Wohl aber fängt eine gesunde Frau, die lange mit einem an syphilitischer Dyskrasie leidenden Manne fleischlichen Umgang gepflogen hat, zuletzt zu kränkeln an. Sie bekommt gewöhnlich einen hartnäckigen Fluor albus uterinus mit verdächtigen Röthen oder Granulationen am Mutterhalse, wird hager, bekommt Molimina menstrualia und eine etwas kränkliche Gesichtsfarbe, ohne dass diesem Zustande primäre syphilitische Symptome vorausgegangen wären. Es ist gleichsam, als ob die Sekrete eines nicht an primärer, sondern an konstitutioneller Syphilis leidenden Mannes zu wenig virulent sind, um direkt infiziren zu können, wohl aber kräftig genug, um durch den Akt der Zeugung die Frucht zu imprägniren und durch lang dauernde und fortgesetzte Kohabitation die Frau dyskrasisch zu machen, indem diese allmählig den Giftstoff, der mit dem Sekrete, welcher dem Manne beim Beischlafe abgeht, verbunden ist, in sich absorbirt, und der sie nach und nach in gewissem Grade vergiftet. Hierauf kommen wir noch zurück.

6) Eine auf solche Weise dyskrasisch gewordene Frau, die vielleicht äusserlich gar keine Erscheinungen von Syphilis darbietet, kann, wenn sie nur von einem gesunden Manne geschwängert wird, Kinder haben, welche die syphilitische Dyskrasie mehr oder minder deutlich zeigen, ja sie kann selbst durch lange und fortgesetzte Kohabitation auf diesen gesunden Mann zuletzt nachtheilig einwirken und an ihm wenigstens Tripper, Kondylome oder muköse Tuberkeln hervorrufen. Der Mann wird in solchem Falle länger und häufiger verschont bleiben, als umgekehrt die Frau, weil er beim Beischlafe nur abzugeben und nichts zu absorbiren hat.

Wollen wir nunmehr den Einfluss ermessen, den die Mutter auf die Frucht hat, so haben wir mit dem Verf. denselben von einem doppelten Gesichtspunkte aufzufassen, nämlich ihren Einfluss auf die Frucht im Augenblicke der Schwängerung und ihren

Einfluss auf dieselbe während der Dauer der Schwangerschaft. Ersteres setzt voraus, dass die Mutter zur Zeit der Schwängerung syphilitisch ist; Letzteres, dass sie erst nach der Schwängerung syphilitisch geworden.

1) Einfluss der an Syphilis leidenden Mutter auf das Produkt der Schwängerung.

Diesen Einfluss hat Cazenave geringer dargestellt, als den des Vaters. Indessen fehlen die Beweise für diese Behauptung. Die Theorie sowohl, als die Erfahrung muss den Einfluss einer syphilitischen Mutter zur Zeit der Schwängerung auf das Produkt derselben höher stellen, als die des Vaters, wenn sie gesund ist und er an Syphilis leidet. Es ist sehr schwer, hierüber bestimmte Auskunft zu erlangen, da man bei der Niederkunft einer Frau, wenigstens in der klinischen Praxis, nur diese und das Kind vor Augen hat, selten aber den Mann, der gewöhnlich abwesend ist und sehr oft gar nicht ausfindig gemacht werden kann. Wir müssen aber hier wieder auf die Fälle zurückkommen, wo eine Frau, die von ihrem Manne syphilitisch geworden, nach der Trennung von diesem Manne durch Scheidung oder Tod desselben, mit einem gesunden Manne eine zweite Ehe eingeht und von diesem geschwängert wird. Solche Fälle ereignen sich in der Civilpraxis nicht selten und es lässt sich daraus der Einfluss ermessen, welchen die von ihrer syphilitischen Dyskrasie noch nicht befreite Frau auf die Frucht hat. Einen Fall der Art erzählt Vassal (Mém. sur la transmission du virus vénér. de la mère à l'enfant. Paris, 1807).

Die Wittwe C. konsultirte ihn im September 1797 wegen zweier Bubonen und einer grossen Zahl venerischer Warzen an der Vulva und am Damme. Er liess sie 3 Monate lang Merkur nehmen. Sie verheirathet sich wieder und ward schwanger im Jahre 1801. Ihr Kind, welches einer vollständig gesunden Amme übergeben worden war, bekam nach Verlauf von 35 Tagen Schleimpusteln an den Genitalien. Der Mann, der bald an einem Nervenfieber starb, war niemals syphilitisch gewesen. Die Frau verheirathet sich zum dritten Male im Jahre 1804 und wird von Zwillingen entbunden, die greisenhaft, kümmerlich und elend aussehen, deren Epidermis sich in die Höhe hob, und die am 9ten und 12ten Tage ihres Lebens starben. Im Jahre 1807 erfolgte die 4te Schwangerschaft der Frau. Das einer gesunden Amme übergebene Kind zeigt, als es 32 Tage alt war, dicht

Krusten auf der Stirne und in den Haaren mit sehr übelriechenden Absonderungen. Es wird mit Merkur behandelt und geheilt. Die Mutter hatte niemals ein Symptom von Syphilis gehabt und auch keinen ihrer Männer angesteckt, aber dennoch unterwarf sie sich, um gesunde Kinder zu gebären, einer Merkurialkur.

Dieser Fall ist nur dadurch interessant, dass er die Nachhaltigkeit der vom ersten Manne ihr beigebrachten Infektion auf ihre späteren Ehen darthut, vorausgesetzt, dass hier keine Täuschung irgend einer Art stattgefunden hat. Ref. muss nach seiner sehr ausgedehnten Erfahrung alle Erzählungen der Art mit grossem Misstrauen aufnehmen. Ob die Frau in dem eben erwähnten Falle nicht im Laufe ihrer drei Ehen frisch angesteckt worden, ob nicht einer ihrer Männer Syphilis gehabt hat, wer von den Aerzten oder Bekannten dieser Familie konnte Das bestimmt behaupten oder verneinen? In diesen Umständen, namentlich in der langen Dauer der Syphilis, ferner darin, dass die syphilitische Dyskrasie vorhanden ist, ohne sich immer gleich durch Erscheinungen kund zu thun, und endlich in den leicht zu verbergenden oder heimlich zu haltenden Symptomen der primären Syphilis liegt eben die grosse Schwierigkeit in dergleichen durch viele Jahre hindurch sich verkettenden Vorgängen, die Wahrheit zu finden und sich in seinen Schlussfolgerungen vor Irrthümern zu bewahren.

Wie dem aber auch sei, so ist wohl nicht mehr zu bezweifeln, dass, wenn die Frau zur Zeit der Schwängerung syphilitisch ist, mit ziemlicher Sicherheit die Frucht mit Syphilis behaftet sein wird. Es lässt sich aber hierbei nicht entscheiden, ob das Ei, welches der Befruchtung unterliegt, gleich schon ein in dieser Beziehung verdorbenes ist oder ob die Frucht erst nach ihrer Bildung dadurch syphilitisch wird, dass ihr von der noch fortwährend syphilitischen Mutter dyskrasische Säfte während des Intra-Uterinlebens zugeführt werden. Ref. ist zu letzterer Annahme geneigt, da er zwei Fälle notirt hat, wo etwa 14 Tage vor der Schwängerung nicht durch Beischlaf, sondern durch einen libidinösen Akt der Schanker an der Brustwarze der Geschwängerten zum Vorscheine kam, und wo darauf die Schwängerung durch ganz gesunde Männer stattfand und doch die Kinder, mit Syphilis behaftet, zur Welt kamen, nachdem in beiden Frauen während der Schwangerschaft konstitutionelle Syphilis sich ausgebildet hatte. Hier lässt sich doch wohl nicht annehmen, dass zur Zeit der Schwängerung beider Frauen die Dyskrasie schon

so weit vorgerückt war, um das Ei selbst krank gemacht zu haben, sondern, dass erst während der Schwangerschaft durch die nunmehr ausgebildete Dyskrasie der Frau der Frucht kranke Säfte zugeführt wurden. Freilich mögen auch diese Fälle nicht als Beweise gelten können, da Ref. vielleicht ebenfalls nicht die volle Wahrheit erfahren hat. Für die Praxis jedoch ist es vollkommen genügend, zu wissen, dass eine an syphilitischer Dyskrasie leidende Frau, obwohl von einem gesunden Manne geschwängert, syphilitische Kinder zur Welt bringt, ohne dass der Mann dabei affizirt wird. Fälle dieser Art sind in grosser Anzahl bekannt und lassen keinen Zweifel mehr aufkommen, und der sogenannte habituelle Abortus beruht sehr häufig darauf. Die Frau, die an syphilitischer Dyskrasie leidet und einen ganz gesunden Mann hat, abortirt 4 bis 5 mal hintereinander, bis sie einer Merkurialkur unterworfen wird, worauf sie erst in der folgenden Schwangerschaft ein reifes und ziemlich gesundes Kind zur Welt bringt. Die Schuld an dem habituellen Abortus kann aber auch auf Seiten des Mannes liegen, wenn derselbe an syphilitischer Dyskrasie leidet und die Frau gesund ist, und Ref. kann nicht genug darauf aufmerksam machen, dass man bei habituellem Abortus Syphilis beim Vater oder der Mutter argwöhnen müsse, und in den Merkurialbehandlungen beider Eheleute oder eines derselben das beste Verhütungsmittel des Abortus finden werde.

2) Einfluss der Syphilis der Mutter während der Schwangerschaft auf die Frucht.

Eine ganz andere Frage aber, die nun der Verf. aufstellt und die sich an die vorige anschliesst, ist Gegenstand vielfacher Erörterung gewesen. Wenn eine gesunde Frau, die von einem gesunden Manne schwanger geworden ist, während der Schwangerschaft von Syphilis infizirt wird, welchen Einfluss wird diese auf die Frucht haben? Bis zu welcher Zeit der Schwangerschaft kann die Syphilis, von der die Frau nach der Schwängerung angesteckt worden, auf die Frucht sich noch übertragen? Oder mit anderen Worten: Gibt es eine Zeit der Schwangerschaft, nach welcher die Syphilis, von der die Frau während derselben befallen wird, sich nicht mehr auf die Frucht überträgt?

„Fassen wir, sagt der Verfasser, die Verbindung zwischen der Frucht und der Mutter und die Modifikationen, welche diese letztere nach und nach erleidet, genauer in's Auge, so finden wir, dass, je weiter die Schwangerschaft vorschreitet, desto mehr

die Verbindung zwischen Mutter und Frucht sich lockert. Gleich nach der Bildung des Blastoderms dringen die ernährenden Flüssigkeiten direkt durch die Eihäute hindurch. Von der dritten Woche bis zum 40. Tage existirt das Nabelbläschen, welches mittelst der Vasa omphalo-mesaraica das Leben des Embryo unterhält. In dem Masse, wie das Nabelbläschen verschwindet, wird es durch die Allantoïs ersetzt, welche das erste Zirkulationsorgan zwischen Mutter und Frucht darstellt. Später bedeckt sich die Allantoïs an der Stelle, wo das Chorium an die Gebärmutter sich ansetzt, mit Zotten und von da an ist die Plazentarzirkulation in voller Entwickelung begriffen. Mit der Plazenta, welche gleichsam ein Reservoir des Blutes ist und mit dem Herzen, welches das Blut in alle Theile des Körpers treibt, hat die Frucht schon eine weniger abhängige Existenz bekommen, die freilich erst mit Beginnen der Lungenrespiration oder der eigenen Digestion ganz selbstständig wird. Ganz im Anfange also ist das Ei nichts weiter als ein Organtheil der Mutter und ernährt sich gleichsam durch Imbibition; später wird es der Sitz einer eigenen Gefässentwickelung; bald erlangt es bestimmte zu- und abführende Gefässe, nimmt mit dem ihm zugesendeten Blute eine gewisse Verarbeitung vor und erlangt ein immer mehr unabhängiges, organisches Leben, bis die vollständig gewordene Frucht von der Mutter sich loslöst und eine selbstständige Existenz beginnt. Hinsichtlich der Abhängigkeit der Frucht von der Mutter sind also vier sehr deutliche Perioden anzunehmen. Anfangs ist sie nur ein Theil der Substanz der Mutter; dann aber besteht und wächst sie ausschliesslich durch die albuminöse Masse, welche sie umgibt. Hiernach halte ich mich für überzeugt, dass, wenn eine Frau zwei oder drei Tage, nachdem sie geschwängert worden, von Syphilis angesteckt wird und schnell davon sich heilen lässt, das Kind nicht das Geringste von der Krankheit abbekommt."

„Man begreift, dass dieser Satz kein solcher ist, der durch positive Erfahrung erwiesen werden kann, aber ich glaube, dass er sehr gut die Fälle erklärt, in denen eine, ganz kurz nach ihrer Schwängerung syphilitisch gewordene Frau späterhin ein gesundes Kind zur Welt bringt. In der dritten Periode der Schwangerschaft, in welcher durch die Ausbildung zweier gesonderter Blutströmungen zwischen Frucht und Mutter der Blutwechsel ein innigerer wird, geschieht die Uebertragung eines Giftstoffes leichter und in der That zeigt sich auch, dass gerade in

dieser Periode die Uebertragung von Dyskrasieen am häufigsten stattfindet. Die vierte Periode hat keine bestimmten Grenzen; ihr Uebergang aus der dritten ist ein allmähliger. Die Frucht wird allmählig immer freier von dem Einflusse der Mutter und widersteht immer mehr den von dieser ausgehenden üblen Einflüssen. Wann aber diese Selbstständigkeit des Kindes beginnt, so dass es der syphilitischen Infektion Seitens der Mutter zu widerstehen vermag, ist nicht bekannt; wir wissen nur aus eigener und Anderer Erfahrung, dass in den letzten Monaten der Schwangerschaft der krank machende Einfluss der Mutter immer mehr sich vermindert und zuletzt ganz aufhört.

Es freut mich, zur Stütze dieser, rein aus der Theorie entnommenen Sätze die Autorität Ricord's anführen zu können. „Ist es die Mutter, die die Frucht infizirt, schreibt er mir am 16. März 1849, so findet solche Infektion nur in einer gewissen Epoche der Schwangerschaft statt; die Frucht scheint nicht denselben Einfluss zu haben oder gleich vom Anfange an nicht denselben Bedingungen zu unterliegen, als der Same oder die befruchtende Materie.“ — Diese etwas lakonisch klingenden Worte beantworten hinreichend die Frage, die Prieur in seiner Dissertation (Paris, 1851) aufgestellt hat, und welche also lautet:

„Gibt es authentische Fälle, in denen allgemeine Syphilis, woran die Mutter in den ersten Monaten der Schwangerschaft gelitten, nicht auf die Frucht in ihrem Uterus übergetragen werden?“ — Rechnen wir die ersten paar Wochen der Schwangerschaft ab, so glauben wir mit Prieur, dass die Uebertragung jedesmal stattfindet. Hinsichtlich der letzten Zeit der Schwangerschaft sind die Meinungen verschieden. Bis zum sechsten Monate, sagt Ricord in seiner Klinik von 1847, kann die Mutter eine nach ihrer Schwängerung erlangte konstitutionelle Syphilis auf die Frucht übertragen; hat aber die Infektion der Mutter in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft stattgefunden, so ist die Uebertragung der Krankheit auf die Frucht nicht wahrscheinlich. Prieur erklärt geradezu, dass sich kein Fall auffinden lässt, in welchem eine Mutter die Syphilis, die sie in den beiden letzten Monaten ihrer Schwangerschaft erlangt hat, auf die Frucht übergetragen hätte. Der Verfasser führt von verschiedenen Schriftstellern eine Anzahl Fälle an, welche dieser Ansicht zur Stütze dienen sollen.

Wenn Vater und Mutter syphilitisch sind, so wird das

Kind, ohne Zweifel behaftet mit Syphilis, zur Welt kommen. Wenn aber nur der Vater oder nur die Mutter krank ist, so kann zwischen mehreren kranken Kindern auch ein gesundes geboren werden. Die Erfahrung wenigstens scheint dieses erwiesen zu haben und Ricord soll in seiner Klinik dahin sich ausgesprochen haben, dass in solchem Falle die Gesundheit des einen Zeugenden die Krankheit des anderen überwog oder, wie Ricord, der sich zuweilen sehr orakelmässig ausdrückt, nach Herrn Prieur geäussert haben soll: „*Le non-vérolé transmet à l'enfant l'immunité dont il jouit*". Dieser Satz ist offenbar ohne allen Werth und nichts weiter, als eine Phrase; denn da überhaupt das gleichzeitige Vorkommen der konstitutionellen Syphilis bei Mann und Weib viel seltener ist, als bei einem von beiden, so müsste die Geburt gesunder Sprösslinge aus solchen Ehen viel häufiger sein, als es wirklich der Fall ist. Es scheint in der That dieses bis jetzt noch nicht erklärte Vorkommen gesunder Kinder zwischen mehreren syphilitischen lediglich darauf zu beruhen, dass überhaupt die konstitutionelle Syphilis Fluktuationen macht, d. h. bald mehr oder weniger zurücktritt, und es ist denkbar, wenn gerade zur Zeit solchen relativen Wohlbefindens des Mannes oder des Weibes die Schwängerung geschieht, das gesunde Element in dem Zeugenden so überwiegt, dass die Frucht von der Syphilis ganz frei bleibt. Unerklärlich bleibt der Vorgang doch immer noch. In einem Falle, den Campbell mitgetheilt hat (London and Edinb. Month. Journal 1844), kam eine Frau mit Zwillingen nieder; ein Kind war kräftig und gesund und das andere trug die Spuren der Syphilis an sich; die Mutter zeigte bald nach dem Wochenbette diese Krankheit sehr deutlich. Das schwächliche Kind war todt zur Welt gekommen; das gesunde, lebende Kind bot mehrere Wochen nach der Geburt auch Symptome der Syphilis dar.

B. Die Syphilis acquisita der neugeborenen Kinder kann auf dreifache Weise entstehen:

1) während der Geburt durch direkte Ansteckung von den Geschlechtstheilen der Mutter;
2) durch Ansteckung beim Saugen, und
3) durch zufällige Ansteckung.

1) Die erste Art der Ansteckung hält der Verfasser kaum für möglich, weil gar zu viele Momente zusammenwirken müssten,

um sie herbeizuführen. Es müsste erstlich die Mutter einen noch in der Entwickelung begriffenen Schanker an den Geschlechtstheilen haben, d. h. einen Schanker, der höchstens 8 bis 30 Tage vor der Niederkunft entstanden ist; dann müsste der Körper des Kindes gerade gegen diese Schankerstelle lange genug gerieben werden, um das Sekret des Schankers absorbiren zu können und doch dürfte die Reibung nicht so stark sein, dass das Geschwür blutet und das Sekret dadurch sich so sehr verdünnt. Ferner müsste das Kind entweder eine exkoriirte oder wunde Stelle der Haut haben, oder durch wiederholtes Abwischen von seinem käsigen Ueberzuge befreit und eine lange Zeit mit der giftigen Stelle der Mutter im Kontakte gehalten worden sein. In der That sind auch bestimmte Fälle von Ansteckung des Kindes beim Durchgange durch die Geschlechtstheile der Mutter bis jetzt noch nicht nachgewiesen. Bedenkt man den gewaltigen Turgor, den die Genitalien der Mutter während des Geburtsaktes erleiden, den schlüpfrigen und im höchsten Grade feuchten Zustand derselben, bedenkt man ferner die Schmiere, womit der Körper des Kindes bei der Geburt vollständig überzogen ist, und endlich die Schnelligkeit, womit es durch die Geburtstheile der Mutter hindurchtritt, so wird man einräumen müssen, dass eine Ansteckung des Kindes während des Geburtsaktes kaum denkbar ist. Hierzu muss Ref. noch bemerken, dass am Kopfe des neugeborenen Kindes, der noch am längsten in den Geburtstheilen der Mutter steht, primäre Syphilis vielleicht nie gesehen worden ist; alle diese Momente treten der Ansteckung während des Geburtsaktes so hindernd in den Weg, dass wirklich ein vorhandener Schanker in den Geschlechtstheilen der Mutter, der kurz vor der Geburt noch bei einem Manne eine Ansteckung bewirkt hat, für das Kind selbst ohne Folgen geblieben ist. So sagt schon 1540 Antonius Gallus: „Testatur se obstetricem novisse quae, dum mulieris inquinatae partum exciperet, hoc morbo correpta fuit, nulla tamen foetui noxa communicata". Während also kurz vor der Entbindung noch die Hebamme bei der Untersuchung sich angesteckt hat, ist das Kind ganz unbehaftet geblieben. Einen ähnlichen Fall erzählt der Verfasser:

„Frau B., eine sehr beschäftigte und unterrichtete Hebamme in Lyon, entband eine frisch angesteckte Frau. Einige Tage nachher bekam sie am äusseren Rande des rechten Zeigefingers, dicht am Nagel, wo sie eine ganz kleine Hautwunde gehabt hatte,

einen Schanker. Trotz der Fürsorge mehrerer Aerzte, an die sie sich wendete, oder vielleicht eben deshalb, weil sie sich an viele Aerzte gewendet hatte, vergrösserte sich das Geschwür und bekam einen phagedänischen Charakter. Nach 4 monatlicher Kur endlich, worauf sie auf's Land gegangen war, um sich zu erholen, wurde sie geheilt. Das Kind kam ganz gesund zur Welt und blieb auch gesund."

Was die Ansteckung des Kindes durch das Säugen betrifft, so ist das ein wichtiger Punkt, der bisweilen die ganze Aufmerksamkeit des Arztes in Anspruch nimmt. Es kommen Fälle vor, wo der Arzt gefragt wird, ob die Amme das Kind oder das Kind die Amme angesteckt hat.

Ref. kennt einen Fall dieser Art, der zu einem Prozesse Anlass gab. Einer hiesigen Kaufmannsfamilie wurde bald nach der Geburt eines schwächlichen Kindes eine Amme gebracht, die bei der Aufnahme vom Hausarzte für gesund erklärt worden war. Nachdem die Amme das Kind etwa 14 Tage gesäugt hatte, bekam dieses geschwürige Mundwinkel, Geschwüre an den Lippen und höchst verdächtige Ausschläge; die Brustwarzen der Amme waren ebenfalls geschwürig geworden und Schorfe hatten sich in der Umgegend derselben erzeugt. Die Amme wurde für syphilitisch erklärt und entlassen, und es wurde ohne Weiteres angenommen, dass bei ihr erst da eine längst bestandene Syphilis zum Vorscheine gekommen sei, und dass sie das Kind angesteckt habe. Die Amme aber behauptete, vom Kinde angesteckt worden zu sein, und klagte um den ganzen von ihr ausbedungenen Lohn, um die Heilungskosten und Schadloshaltung. Die Aerzte wurden zu einem Gutachten aufgefordert, und obwohl die Präsumtion zu Gunsten der Amme sprach, so konnten doch bestimmte Beweise nicht geführt werden. Nach Ricord kann konstitutionelle Syphilis nicht anstecken; es müsste immer ein Schanker vorangegangen sein. Es müsste demnach die Amme einen Schanker auf das Kind oder dieses einen Schanker auf jene übergetragen haben, wenn zwischen beiden eine Ansteckung erfolgt sein soll. Mit Recht ist der Verfasser nicht dieser Ansicht; er hat die Ueberzeugung gewonnen, dass die angeborene Syphilis, selbst wenn sie auch der Form nach als eine sekundäre sich kund thut, eine sehr bedeutende Kontagiosität besitzt, und dass nicht nur ein solches Kind seine Amme anstecken, sondern dass diese auch die Krankheit weiter auf gesunde Kinder übertragen könne. „Ich könnte, sagt er, manches Dorf, manchen Bezirk namentlich anführen, wo

die syphilitische Krankheit gar nicht gekannt war, und wo mit der Ankunft eines fremden Säuglinges diese Krankheit zum Verscheine kam. Vollständige Gesundheit der Bevölkerung bis zu diesem Zeitpunkte; dann aber die Syphilis fast epidemisch auftretend und zwar zuerst bei der Amme, von dieser übergehend auf ihren Mann, dann auf ihre Kinder von 3 bis 4 Jahren, auf alte Frauen von 60 Jahren, in auf- und absteigender Linie nach zwei Generationen sich verbreitend. Welche, allen Glauben übersteigende Unsittlichkeit, welche zügellose Geschlechtsausschweifung müsste nicht plötzlich in diesen ländlichen, bis dahin so einfach und gesund bestandenen Familien eingetreten sein, wollte man annehmen, dass bei jedem Individuum die Syphilis nur durch direkte primäre Ansteckung entstanden sei. Wollte man gar so weit gehen, dieses zu behaupten, so würde man doch immer fragen müssen, warum brach denn alles dieses Unheil, alle diese Unsittlichkeit und dieser plötzlich eintretende Hang zur Liederlichkeit gerade zu dem Zeitpunkte ein, als der fremde Säugling in das Dorf gebracht wurde? Warum zeigte sich die Krankheit Anfangs nur gerade in der Familie, in der der fremde Säugling lebte und nicht zugleich auch in benachbarten Bauernfamilien?"

Indem der Verf. zugibt, dass angeborene Syphilis von dem Säugling auf die Amme übergetragen werden kann, und er muss es zugeben, weil die Fälle gar so häufig sind, kann er sich doch dem Dogma Ricord's, dass die konstitutionelle Syphilis sonst unter keinen Umständen ansteckend sei, nicht entwinden. Ricord hat bekanntlich sein Dogma darauf gestützt, dass es noch niemals gelungen sei, die Ansteckungsfähigkeit der konstitutionellen Syphilis durch Ueberimpfung darzuthun. Wir wollen die älteren von Wallace und die in unseren Tagen, namentlich von deutschen Aerzten, als gelungen hingestellten Inokulationsversuche einstweilen noch in Zweifel lassen und willig einräumen, dass durch direkte Einimpfung die konstitutionelle Syphilis nicht übergetragen werden könne. Was beweist aber das? Stellen wir uns vor, dass bei der primären Syphilis, also beim frischen Schanker, das syphilitische Gift sehr konzentrirt und sehr intensiv vorhanden ist, was doch als ein Factum angenommen werden muss, so ist erklärlich, dass eine Einimpfung des mit diesem Gifte imprägnirten Stoffes in eine frisch gemachte Wunde an demselben Individuum oder an einem anderen gehörige Folgen haben wird. Man weiss, dass die Inokulationen bei primärer Syphilis auch nicht

immer gelingen und dass in dieser Beziehung der Satz zur Geltung gekommen ist, bei erfolgreicher Inokulation die syphilitische Natur des frischen Geschwüres, von dem der Impfstoff entnommen, nicht zu bezweifeln, dagegen aber bei nicht erfolgreicher Inokulation noch nicht sagen zu können, das frische Geschwür, von dem der Impfstoff entnommen, sei nicht syphilitisch. Ganz abgesehen davon, dass überhaupt die entschiedenen Kriterien fehlen, wonach ein Geschwür mit Bestimmtheit für einen Schanker erklärt werden kann, wenn man nicht etwa bis zur Bildung der charakteristischen Induration oder gar bis zum Eintritte konstitutioneller Symptome warten will, muss doch Jeder zugeben, dass selbst der ächte Schanker nicht während der ganzen Dauer seines Daseins einen wirklich giftigen Eiter sezernirt oder, mit anderen Worten, dass er nicht in allen seinen Phasen direkt ansteckend ist. Der Schanker verliert nach einiger Zeit diese direkte Ansteckungsfähigkeit, mag er lokal behandelt worden sein oder nicht. Daraus würde denn hervorgehen, dass eine gewisse Konzentration und Frische des Giftstoffes nöthig ist, um die experimentale oder zufällige Ueberimpfung gelingen zu lassen, aber es ist daraus noch keinesweges zu schliessen, dass nicht unter anderen Bedingungen doch noch durch ihn oder durch den von ihm in den Organismus gelangten Giftstoff eine direkte Ansteckung bewirkt werden könne. Diese anderen Bedingungen glaubt Ref. aber gerade, wie er schon einmal erwähnt hat, in dem lange fortgesetzten und irrigen Kontakte zwischen dem syphilitisch vergifteten Individuum und dem gesunden gefunden zu haben. Die meisten Versuche, Sekrete von sekundär syphilitischen Ulzerationen oder absondernden Flächen zu übertragen, sind gewöhnlich an schon syphilitischen Individuen gemacht worden, weil man nicht die Verantwortlichkeit übernehmen wollte, gesunde Menschen möglicherweise in Syphilis zu versetzen. Dadurch ist schon das Resultat getrübt worden, da bekanntlich syphilitische Individuen für frische Ansteckung eine sehr geringe oder gar keine Empfänglichkeit mehr besitzen, und noch mehr wurde das Resultat dadurch beeinträchtigt, dass man nicht lange genug die Einwirkung des zur Impfung genommenen Sekretes unterhielt und endlich, dass man nicht die Folgen ruhig abwartete. Schon die Versuche von Wallace stellen die Sache anders. Wallace hat gesunde Menschen zum Gegenstande des Experimentes genommen, was ihm die bittersten Vorwürfe und die heftigsten Anfeindungen zu

Wege gebracht hat. Er hat an gesunden Menschen eine Stelle der Haut so lange reiben lassen, bis sie vollständig exkoriirt war und dann hat er kleine Leinwandstücke, welche mit dem Sekrete von mukösen Tuberkeln konstitutionell syphilitischer Personen getränkt waren, auf die exkoriirten Stellen aufgelegt und damit eine längere Zeit im Kontakte gehalten; er sah fast jedesmal diese wunden Stellen in charakteristische muköse Tuberkeln sich umwandeln und vielleicht würden andere deutliche Erscheinungen allgemeiner Syphilis darauf gefolgt sein, wenn er nicht die experimentirten Personen aus natürlicher Fürsorge gleich wieder einer Kur unterworfen hätte. Ist das syphilitische Gift, das im frischen Schanker konzentrirt genug ist, kräftig genug, um durch einen einzigen Akt übergetragen werden zu können, so wird er, wenn er in die Säftemasse gedrungen ist, vertheilt und modifizirt, und bedarf dann eines viel längeren Kontaktes, um direkt infiziren zu können. Einen solchen längeren Kontakt gewährt aber gerade das fortgesetzte Saugen eines syphilitischen Kindes an der Brust einer gesunden Amme, namentlich, wenn das Kind konstitutionelle syphilitische Manifestationen am Munde hat und einen eben solchen langen und innigen Kontakt gewährt die wiederholte Kohabitation eines an konstitutioneller Syphilis leidenden Mannes mit seiner gesunden Frau und in dieser Beziehung muss Ref. sagen, dass, wenn solche Frauen syphilitische Kinder zur Welt brachten und anscheinend selbst frei ausgingen, sie doch nach Jahr und Tag anfingen, auf eine eigenthümliche Weise zu kränkeln, hager wurden, bisweilen das Haar verloren, hier und da eine sogenannte trockene Flechte bekamen und besonders an einem rebellischen, sehr chronischen Fluor albus uterinus zu leiden begannen. Bei der Untersuchung fand Ref. sehr oft den Uterus etwas hypertrophisch und empfindlich und den Mutterhals gequollen und mit Granulationen behaftet. Abführmittel neben Jodkalium innerlich, oder nach Umständen Eisen mit Jodkalium nebst Bädern und passenden Injektionen, besonders aber die fernere Enthaltung des geschlechtlichen Umganges mit ihrem Manne, bewirken nach und nach einen besseren Gesundheitszustand.

Kehren wir von dieser Abschweifung zum Werke des Verf. zurück, so finden wir, dass er zwar das Ricord'sche Dogma, die konstitutionelle Syphilis sei nicht ansteckend, bestehen lässt, dass er aber, um die vielen, unzweifelhaften Fälle von Uebertragungen der angeborenen Syphilis durch Kinder auf Ammen und

von diesen weiter auf andere Kinder und erwachsene Personen zu erklären, sich damit hilft, dass er der angeborenen Syphilis allein eine ansteckende Eigenschaft vindizirt.

„Der grosse Charakter der angeborenen Syphilis, sagt er, besteht darin, zu Manifestationen zu führen, die ansteckend ihrer Natur nach sind, obwohl sekundär ihrer Form nach, und man begreift nun, dass ein gesundes Kind, welches an einer Brust saugt, die von einem anderen syphilitischen Kinde ulzerirt worden ist, in dieser Ulzeration eine hinreichende Ursache zur Ansteckung findet, da ja diese Ulzeration in der That nichts Anderes gewesen ist, als angeborene Syphilis, zufällig übertragen auf eine erwachsene Person."

Man sieht dieser Erklärung das Gezwungene an; Ref. meint ganz einfach, dass zwischen Säuglingen und Ammen darum die konstitutionelle Syphilis viel leichter als zwischen zwei Erwachsenen übertragen wird, weil bei letzteren der gegenseitige Kontakt nie so anhaltend und innig ist, als beim Säugegeschäft und weil Kinder einerseits mit ihrem Munde und die aufgelockerte Brustwarze einer säugenden Frau andererseits viel leichter absorbiren oder wund werden, als die mit Kutis bedeckten Partieen oder selbst die Schleimhäute bei Erwachsenen.

Trotz dieser Ansicht glaubt der Verf., dass die angeborene Syphilis von einem Kinde auf ein anderes Kind durch die Brust einer Amme, an welche beide angelegt werden, sich übertragen könne, ohne dass diese selbst irgendwie behaftet wird. Er führt einen Fall von Bertin an, der eine verheirathete Frau betraf, welche vier gesunde Kinder gehabt hat. Weder sie, noch ihr Mann ist jemals syphilitisch gewesen. Sie hatte ihr eigenes, kräftiges, gesundes Kind, das drei Monate alt war, gerade an der Brust, als sie noch ein Kind zum Säugen annahm, welches von einer syphilitischen Mutter geboren war und an Ophthalmie und Mundgeschwüren litt. Etwa 8 Tage später wurde das eigene Kind der Frau mit Geschwüren auf der Zunge und im Gaumen, Anschwellung der Halsdrüsen behaftet und hatte am After und zwischen den Oberschenkeln grosse muköse Platten. Die Säugende aber hatte nichts Krankes an sich und blieb auch später vollkommen gesund.

Dieser Fall erklärt sich, meint Ref., viel einfacher durch eine muthmasslich stattgehabte direkte Uebertragung von dem einen Kinde auf das andere; denn eine arme Frau, die zwei Kinder zu säugen hat, legt sie zusammen und zögert auch wohl

nicht, denselben Lappen zum Auswischen des Mundes, denselben Schwamm, dasselbe Handtuch für beide Kinder zu gebrauchen. Der einzige interessante Punkt ist nur, dass die Mutter nicht inficirt wurde, aber das kommt bisweilen vor, wenn die Empfänglichkeit gering ist und die Säugende grosse Reinlichkeit beim Säugegeschäft beobachtet. In den Kinderspitälern und Findelhäusern, wo Ammen für die aufgenommenen Kinder gehalten werden, sieht man diese Frauen sehr häufig frei bleiben, selbst wenn sie syphilitische Kinder säugen, weil sie nach bestimmten Vorschriften sich sehr rein halten, ihre Brustwarzen vor und nach dem Saugen mit kühlen nassen Läppchen bedecken und jedesmal vor dem Anlegen des Kindes den Mund desselben mit einem feinen, frischen, in kaltes Wasser getunkten Läppchen sauber auswischen müssen. „*Le pouvoir éminement contagieux*" der angeborenen Syphilis, wie der Verf. sich ausdrückt, bekundet sich dadurch gerade nicht.

Hat die Milch einer syphilitischen Mutter ansteckende Eigenschaften? Mehrere ältere und neuere Schriftsteller haben dieses geglaubt; unter letzteren namentlich Martin, Mahon, Bell, Astruc, Doublet, Lane und Parker. Dagegen haben schon Swediaur und Nisbett die Uebertragung der Syphilis durch die Milch geläugnet. Besonders aber war es John Hunter, welcher mit Entschiedenheit allen normalen Sekreten, nämlich dem Schweisse, dem Speichel, dem Urine, dem Samen und der Milch der Syphilitischen die ansteckende Eigenschaft abgesprochen hat. Nach diesem so allgemein hingestellten Satze musste Hunter natürlich auch den vergiftenden Einfluss des Mannes bei der Zeugung auf die Frucht und während der Schwangerschaft auf diese und auf die Frau zurückweisen. Er hat aber merkwürdigerweise hinsichtlich der Milch auf ein Factum sich gestützt, das gar nichts beweist. Von 2 kleinen Knaben hatte einer etwas Eiter von einem frischen Schanker, mit recht vieler Frauenmilch gemischt, und der andere Tripperstoff, ebenfalls mit recht viel solcher Milch verdünnt, verschluckt, und beide Knaben blieben von der Krankheit völlig frei. Hat schon der Ausspruch Hunter's, dass die natürlichen Sekrete eines an allgemeiner Syphilis leidenden Menschen nicht giftig oder ansteckend seien, dadurch einen ernsten Stoss erlitten, dass die Fälle von Uebertragung der Syphilis vom Vater auf die Frucht bei der Zeugung durchaus nicht mehr abzuläugnen sind, so ist hinsichtlich der

Milch bis jetzt noch nichts Bestimmtes nachgewiesen und es kann hier Hunter auch nicht Recht haben. Der Verf. ist geneigt, aus Analogie, weil der Same bei der Zeugung offenbar infizirend wirkt, ferner, weil das von der Frucht der Mutter zugeführte Blut erstere dyskrasisch machen kann, auch der Milch, da sie zunächst aus dem Blute kommt, diese letztere Eigenschaft beizumessen. Es ist sehr schwierig hier, durch Beobachtung oder Experiment bestimmten Aufschluss zu erlangen, da gewöhnlich sehr viele Umstände das Resultat verwirren und namentlich die gewöhnlich vorhandenen Ulzerationen und Rhagaden an den Brustwarzen der Säugenden oder an den Mundtheilen des Kindes zu sehr in den Vordergrund treten, um alle Schuld der erfolgten Uebertragung auf sich nehmen zu müssen. Die Analogie aber, auf die sich Hunter und seine Anhänger bei dieser Frage stützen, ist hier eben so wenig zuverlässig, als die oben genannte Bezugnahme auf den Samen des Mannes beim Akte der Zeugung oder auf das dyskrasische Blut der schwangeren Mutter. Die Milch ist eine von der Natur ganz besonders bereitete Flüssigkeit, die ihre eigene chemische Zusammensetzung und ihr eigenes charakteristisches Verhalten hat, und die demnach auch ganz andere Bedingungen vermitteln kann. Man muss sich hüten, in unserer Wissenschaft aus der Analogie allein schliessen zu wollen, und so lange wir nicht positive Beweise nach einer Seite hin haben, räthet Ref., die Sache in suspenso zu lassen und jedenfalls einer Säugenden, die an syphilitischer Dyskrasie leidet, selbst wenn sie auch gar keine Affektion an ihren Brüsten hat, das Kind zu entnehmen. Wir wollen jedoch die wenigen Data anführen, die der Verfasser über diesen Gegenstand zusammengestellt hat:

Der neueste Schriftsteller über diesen Gegenstand ist Herr A. Dugés, dessen Inaugural-Dissertation schon deutlich im Titel die Ansicht des Verf. ausspricht. Der Titel dieser Dissertation (Thèses de Paris, 28. Févr. 1852) lautet: „Ueber die Unschädlichkeit der Milch der an Syphilis leidenden Ammen für ihre Säuglinge." — Nur eine einzige persönliche Beobachtung hat Hr. Dugés, auf welche er diesen absoluten Ausspruch stützt. Eine gewisse C. E. ward am 6. Juli 1851 von einem gesunden Mädchen entbunden; sie hatte selbst einige Vegetationen (vermuthlich Feigwarzen). Eine Frau, M. N., die eine sehr charakteristische, tuberkulöse Hautaffektion hatte, betrat in den ersten Tagen des darauf folgenden August dasselbe Hospital, nämlich

die Ourcine. Sogleich der Behandlung durch Jodquecksilber unterworfen, säugte sie vom Tage ihrer Aufnahme an das Kind der C. E., die selbst keine Milch hatte, und dieses Kind wurde 5 Monate lang mit grosser Sorgfalt beobachtet. Ausser, dass es sehr schwächlich war, zeigte es nichts Krankhaftes. Die Milch seiner Amme verbesserte sehr schnell die Gesundheit der Kleinen, die durch die Milch ihrer eigenen Mutter wankend geworden war. Nach 5 Monaten starb sie an Konvulsionen.

„So lautet dieser Fall wörtlich und man muss gestehen, dass er ganz und gar nichts erweist. Meiner Ansicht nach beweist er doch etwas, woran der Verf. nicht gedacht hat, nämlich die wohlthätige Einwirkung des Jodquecksilbers auf die konstitutionelle Syphilis. Da das Kind die Milch der Amme erst von dem Augenblicke an genossen hat, als letztere der spezifischen Kur unterworfen wurde, so konnte es nicht lange mehr etwas Ansteckendes damit in sich aufnehmen, sondern es erhielt im Gegentheile 5 Monate lang mit der Milch das Heilmittel."

Andererseits versuchte Cullerier (Gazette médicale de Paris année XX. p. 892) auf seine Erfahrungen die Lehre zu stützen, welche die Uebertragbarkeit der Syphilis auf das Kind sowohl durch die Milch, die es aufsaugt, als durch die Affektionen der Brustwarzen, mit denen es seinen Mund beim Saugen in Kontakt bringt, läugnet.

Im Jahre 1850 nämlich verlas Cullerier in der Akademie der Medizin zu Paris 5 Fälle von syphilitischen Ammen, deren Säuglinge gesund blieben. Die konstitutionellen Symptome der Ammen waren sehr wohl charakterisirt. Sie bestanden bei der ersten in Kopfschmerz, Kahlköpfigkeit, rosenrothen Flecken auf der Haut und Ulzerationen der Mandeln; bei der zweiten in mukösen Platten an der Vulva und im Rachen; bei der dritten in Roseola und mukösen Platten an den Geschlechtstheilen und im Mundwinkel; bei der vierten in einem Lichen an verschiedenen Stellen und in einer geschwürigen Platte an einer der Brustwarzen, und endlich bei der fünften in zahlreichen Ekthympusteln, besonders auf den Brüsten.

Alle diese Fälle scheinen syphilitische Ammen betroffen zu haben, von denen jede ihr eigenes Kind säugte. Es waren also diese Kinder bereits innerhalb des Uterus ihrer Mütter einer viel mächtigeren Einwirkung des syphilitischen Giftes ausgesetzt gewesen, als solches durch die Milch ihnen zugeführt werden konnte. Und wenn sie jenem widerstanden haben, wie will man

sich wundern, dass ein viel milderer Einfluss in ihnen keine Einwirkung hervorgerufen hat? Ist jene erstere, kräftige Aktion an ihnen wirkungslos vorübergegangen, so darf man wohl annehmen, dass sie zur Zahl derjenigen Individuen gehörten, welche der konstitutionellen Vergiftung entgehen, oder vielmehr zu der Zahl Derer, welche eine Art Negation der konstitutionellen Vergiftung darstellen.

Man muss sich hüten, die gewöhnlichen Ausschläge der Kinder, die von syphilitischen Ammen gesäugt worden sind, sofort für Syphilis zu halten, wozu man unter solchen Umständen ganz besonders geneigt sein kann. Ricord macht in seinen Briefen darauf aufmerksam. Er sagt, es seien ihm Kinder, die von syphilitischen Ammen gesäugt worden sind, gebracht worden, weil man sie auch für syphilitisch hielt; sie hatten aber nichts, als einfache ekzematöse, impetiginöse und porriginöse Ausschläge. „Niemals, sagt er, sah ich solche Kinder mit Syphilis behaftet." — Venot (Journal de Médecine de Bordeaux, Mars 1852) führt mehrere Fälle an, wo syphilitische Frauen Kinder säugten, die von der Syphilis frei blieben, aber es waren auch hier nur immer die eigenen Mütter und nicht fremde Ammen, welche die Kinder an die Brust legten. Der Verf. ist vorsichtig genug, sich eben so auszusprechen, wie es bereits Ref. gethan hat. Er lässt die Frage, ob durch die Milch allein syphilitische Vergiftung von fremden Ammen auf den Säugling übergetragen werden könne, in Zweifel und sehr richtig ist er der Meinung, dass die Milch solcher Ammen jedenfalls nicht viel taugen könne, und wenn sie auch in den ersten Monaten gerade nicht syphilitische Symptome zeigt, doch ein schwächliches Dasein begründet und vermuthlich zur Skrophulosis und, wie Ref. hinzufügen will, auch zur Rhachitis und Tuberkulosis das Fundament legt.

Zum Schlusse muss Ref. noch eine Erfahrung anführen, die er selbst gemacht hat. Bringt eine Frau, die von einem an syphilitischer Dyskrasie leidenden Manne geschwängert worden, ein mit Syphilis behaftetes Kind zur Welt, ohne dass sich an ihr selbst die Krankheit manifestirt, so kann sie, wie man finden wird, dieses Kind an ihre eigenen Brüste anlegen und wird von ihm nicht infizirt werden, selbst wenn das Kind Ulzerationen oder dergleichen an den Mundtheilen hat. Die Mutter ist geschützt gegen die Ansteckung von ihrem eigenen Kinde entweder dadurch, dass das Gift bereits durch sie hindurchge-

gangen ist, oder auch dadurch, dass sie selbst keine Empfänglichkeit für die syphilitische Ansteckung besitzt. Es steht also diese Erfahrung vollkommen in Uebereinstimmung mit der schon erwähnten, dass eine an konstitutioneller Syphilis leidende Mutter ihr eigenes, von angeerbter Syphilis frei gebliebenes, Kind nicht ansteckt, was Ref. wirklich auch bestätigt gefunden hat. Viel muss man aber auch der Gewöhnung zuschreiben, die überhaupt bei der Syphilis die Empfänglichkeit für die Ansteckung abstumpft. Eine Frau, die an starkem Fluor albus leidet, vollzieht mit ihrem Ehemanne immerfort den Coitus, ohne dass er davon leidet, aber sie erzeugt sofort Tripper bei einem fremden Manne, dem sie sich hingibt. Ref. hat Männer behandelt, die an chronischem Tripper litten und wiederholentlich ihren Ehefrauen beiwohnten, ohne sie zu infiziren, aber sofort bei einem fremden Frauenzimmer durch den Coitus Vaginitis oder Urethritis erzeugten. Mutter und Kind sind so innig mit einander verwachsen, dass sie gleichsam ein Wesen ausmachen, und dass die Gewöhnung an einander, auch hinsichtlich der gegenseitigen Einwirkungen von dyskrasischen Elementen, noch viel wirksamer sich zeigen muss, um die Ansteckung zwischen beiden zu modifiziren.

3) Zufällige syphilitische Ansteckung bei Neugeborenen und Säuglingen.

Hier kann nur von der primären Syphilis die Rede sein und diese zufällige Ansteckung kommt vor. Eine Amme in der Ourcine hatte, wie Ricord in seinen Briefen berichtet, einen frischen Schanker an der Vulva; sie drückte und zerrte fortwährend an ihren eigenen Brustwarzen mit den Fingern, mit denen sie den Schanker an der Vulva berührt hatte. Es erzeugte sich ein Schanker an der Brustwarze und das Kind bekam einen am Munde. — Eine andere Amme liess sich, wie Ricord ebenfalls berichtet, die Brust von einer erwachsenen Person absaugen, die einen Schanker am Munde hatte, und bekam ebenfalls einen Schanker an der Brustwarze. Die Amme weiss es bisweilen nicht; bisweilen aber weiss sie es sehr wohl und verschweigt es, wie Ricord von einer Frauensperson erzählt, die zwischen den beiden Brüsten einen indurirten Schanker hatte, welcher, wie Ricord euphemistisch sich ausdrückt, ab antero-superiore venere entstanden war, d. h. dadurch, dass der Wüstling, der mit der Frauensperson zu thun hatte, seinen Penis zwischen ihre Brüste schob.

Durch Küssen, durch Zusammenschlafen, durch die Beschneidung bei den Juden, wobei das Blut ausgesogen wird, durch Schwämme, vielleicht auch durch Instrumente u. s. w., kann die primäre Syphilis auch auf Kinder übergetragen werden. — Was die Vaccination betrifft, von der man gesagt hat, dass durch sie bisweilen die Syphilis übergetragen werde, so sind, wie Ricord richtig bemerkt hat, keine authentischen Fälle als Beweise dafür bekannt. Die Ausschläge und Schorfe, die nach der Vaccination bei Kindern bisweilen hervortreten, sind meistens nichts weiter, als die gewöhnlichen, in diesem Alter so häufig vorkommenden Eruptionen, die durch das Vaccinationsfieber zur Blüthe getrieben worden sind. Wollte man zugeben, dass durch die Vaccination Syphilis übertragen worden sei, so müsste man annehmen, dass der Operateur seine Lanzette oder Nadel in ein Schankergeschwür oder in den Eiter eines frischen Bubo getaucht habe, statt in eine Vaccinationspustel, eine Annahme, der doch Vieles entgegensteht, obwohl dergleichen möglich ist.

II. Symptomatologie und Diagnose.

Die Syphilis der Neugeborenen zeigt sich, ganz abgesehen von der Art ihrer Entstehung, theils als primäre, theils als konstitutionelle. Die primäre Syphilis mag bei Neugeborenen wohl vorkommen, ist aber jedenfalls äusserst selten. Der Schanker bei den Neugeborenen unterscheidet sich in nichts von dem bei Erwachsenen. Bubonen kommen bei Neugeborenen und Säuglingen noch viel seltener vor und der Verfasser legt hierauf ein besonderes Gewicht, indem er sich auf Bertin bezieht, der dasselbe gesagt hat. Häufiger noch sieht man bei Neugeborenen und Säuglingen die Hals- und Kieferdrüsen, als die Leistendrüsen angeschwollen und zwar aus dem sehr einfachen Grunde, weil gewöhnlich der Mund der Sitz der durch direkte Infektion erzeugten Syphilis ist. Vereiterte Bubonen sind bei Neugeborenen und Säuglingen noch nicht beobachtet worden. Bertin erzählt einen solchen Fall, der ein 5 Monate altes Mädchen betraf, aber dieses Kind hatte wirklich seit einem Monate einen frischen Schanker an der oberen und unteren Partie der grossen Schamlefze und eine genaue Nachforschung liess vermuthen, dass das Kind von einer Tante angesteckt worden, die syphilitisch war und es gehätschelt hatte. Die häufigsten und mildesten Formen der Syphilis der Neugeborenen und Säuglinge sind die Hautexan-

theme. Diese Exantheme haben aber nichts so sehr Charakteristisches, dass man blos aus ihrem Anblicke sich für Syphilis entscheiden könne. Die sogenannte Roseola syphilitica, in hellrothen, unregelmässigen Flecken auf Bauch, unterem Theile der Brust, am Halse und auf der inneren Seite der Gliedmaassen bestehend, ist eine der ersten Manifestationen der Syphilis der Kinder, aber als solche pflegt sie auch mit anderen Symptomen, namentlich mit Ulzerationen des Mundes und der Aftergegend, verbunden zu sein. Mit Scharlach und Masern wird man die Roseola syphilitica nicht verwechseln, aber auch nicht mit der einfachen Roseola, weil diese flüchtiger ist. Die Roseola syphilitica ist andauernder, dunkler gefärbt und verschwindet nur unvollkommen unter dem Fingerdrucke. Es sind Fälle vorgekommen, wo man Flohstiche für R. syph. gehalten hat. Mit Intertrigo und Erythem wird man sie wohl nicht leicht verwechseln. Wie ist es aber mit dem Erysipelas neonatorum? Ist dieses bisweilen syphilitischen Ursprunges? Der Verf. glaubt es nicht, aber die Sache ist noch nicht entschieden. Jedenfalls würden andere verdächtige Erscheinungen noch nothwendig sein, um die Rose der Neugeborenen als eine syphilitische bezeichnen zu können; man muss sich aber hüten, die dunkel geröthete Beschaffenheit der Haut an den Füssen der mit angeborener Syphilis behafteten Kinder als ein Erysipelas anzusehen. Davon wird noch später gesprochen werden.

Die häufigsten Erscheinungen der Syphilis bei Neugeborenen und Säuglingen sind die Schleimpusteln, mukösen Platten oder Tubercula mucosa, welche vorzugsweise in der Aftergegend, zwischen den Beinen, an den Genitalien, auf den Lippen, im Munde, hinter den Ohren und am Halse vorkommen, also vorzugsweise da, wo Wärme, Feuchtigkeit und zarte Hautbeschaffenheit zusammentreten. Meistens bestehen sie gleichzeitig mit einem röthelartigen oder papulösen Hautausschlage, und der Verf. meint, dass, je jünger das Kind ist, desto mehr die mukösen Tuberkeln, und je älter, desto mehr die Hautausschläge vorwalten. Sehr häufig sind damit Schrunden oder tiefe Hautrisse verbunden, namentlich an den Mundwinkeln und auf den Lippen. Bei kleinen Kindern erstrecken sich die mukösen Tuberkeln bisweilen tief in den Mund hinein, ja selbst bis zum Kehlkopfe. Rosen leitet die Heiserkeit davon her, und Colles bemerkt, dass die eigenthümliche Heiserkeit oder Rauhigkeit der Stimme bei ganz klei-

nen Kindern ein charakteristisches Symptom der Syphilis ist, und der Verf. glaubt, dass diesem Symptom ein einfaches Erythem in der Gegend der Stimmritze oder muköse Tuberkeln daselbst zum Grunde liegen, und es ist wahrscheinlich, dass die syphilitische Dysphonie bei Erwachsenen ebenfalls davon herkommt. Bei Neugeborenen und Säuglingen wird es nur sehr schwierig sein, in den Hals hineinzusehen, um diese Erscheinungen ausfindig zu machen.

Kommen wir jetzt zu den syphilitischen Hautausschlägen, so ist zuvörderst zu bemerken, dass bei Neugeborenen die papulösen und squamösen Formen viel seltener sind, als bei älteren Kindern. Egan sagt, dass er niemals diese Formen bei Neugeborenen gesehen habe, obgleich er doch eine sehr reiche Erfahrung zu machen Gelegenheit hatte. Den Grund findet der Verf. darin, dass bei Neugeborenen die äussere Haut wegen ihrer Zartheit, und der vielen Feuchtigkeit, der sie ausgesetzt ist, eine viel grössere Disposition zur Bildung von mukösen Tuberkeln zeigt, als zur Bildung von trockenen Ausschlägen. Selbst wenn sich Ausschläge bilden, erscheinen sie früher als bei Erwachsenen, und diese Disposition ist so bedeutend, dass nach dem Verf., selbst in den Handflächen, wo beim Erwachsenen die Syphilis nur Pusteln und Schuppen bewirkt, die Neugeborenen wirkliche muköse Tuberkeln zeigen. Indessen haben Cazenave und, wie es scheint, auch Deutsch, syphilitische Schuppenausschläge bei Neugeborenen gesehen. Eine der häufigsten kutanen Formen der Syphilis bei Neugeborenen und Säuglingen ist nach den mukösen Tuberkeln die Pustelform, die sowohl im Anfange syphilitischer Dyskrasie als später vorkommen. Der Verf. unterscheidet drei Varietäten der Pustelform, die er Acne, Impetigo und Ecthyma nennt.

Die syphilitische Acne zeigt sich früh, folgt oder begleitet den syphilitischen Papelnausschlag und ist selbst nur gewissermassen eine Art vergrösserter Papeln. Sie zeigt sich als harte, schmerzlose, isolirte Knoten auf dem Rücken, den Hinterbacken, den Schultern und der Brust; es sammelt sich Eiter in ihnen an, der sich verhärtet und dann resorbirt wird, oder nach aussen sich ergiesst, worauf sich eine trockene Kruste bildet, die eine kleine Narbe hinterlässt. Nach dem Verf. bezeichnet diese Acne eine sehr bedeutende syphilitische Dyskrasie. —

Die syphilitische Impetigo, die bei Erwachsenen so häufig

auf Kopf und Stirne sich zeigt, wandelt daselbst bei Neugeborenen meistens in muköse Tuberkeln sich um, aber auf dem Angesichte kleiner Kinder erscheint sie unter der Form dicker, gelber, hässlicher Krusten, die nach ihrer Abweichung tiefe, graue Ulzerationen hinterlassen. Diese Krusten zeigen sich auch bisweilen auf der Brust, dem Halse, den Achseln und Leistengegenden. Wichtig ist ihre Unterscheidung von der einfachen Impetigo, die bei ganz kleinen Kindern so häufig ist, oder von der Crusta lactea. Man unterscheidet nach dem Verfasser die erstere von der letzteren durch den kupferrothen Rand, welcher jene umgibt, durch die Ulzerationen, welche sie bedecken und durch ihre grössere Trockenheit und dunklere Farbe. Die Impetigo simplex bei kleinen Kindern nimmt vorzugsweise die Kopfhaut oder ist wenigstens mit einer solchen Kopfhaut-Impetigo verbunden, während die syphilitische Impetigo bei Säuglingen und älteren Kindern selten oder niemals die Kopfhaut einnimmt. Ref. muss bei dieser Gelegenheit bemerken, dass, seiner Erfahrung nach, die nicht-syphilitischen Impetigo- oder Ekzem-Formen bei Erwachsenen vorzugsweise am Rumpfe, und nicht am Kopfe, bei kleinen Kindern aber vorzugsweise am Kopfe, und nicht am Rumpfe, vorkommen, während die syphilitischen Formen dieser Art auffallender Weise gerade das Gegentheil darbieten, nämlich bei kleinen Kindern vorzugsweise am Rumpfe und bei Erwachsenen vorzugsweise am Kopfe sich zeigen. —

Das syphilitische Ekthym ist eine der übelsten kutanen Formen der allgemeinen Syphilis und bezeugt eine sehr tief gehende Dyskrasie; es zeigt sich besonders an den Gliedmaassen, namentlich an den Beinen und Hinterbacken und führt zu tiefen Ulzerationen, die eine ernste Gefahr in sich schliessen.

Von besonderer Wichtigkeit sind die bullösen Formen, seitdem über den Pemphigus neonatorum und dessen Bedeutung eine so ernste Diskussion stattgefunden hat. Ist dieser Pemphigus immer syphilitischer Natur oder ist er es nur bisweilen? Wenn Letzteres der Fall ist, wodurch unterscheidet sich der syphilitische Pemph. neonat. von dem nicht-syphilitischen? Diese Fragen sind von Wichtigkeit für die Prognose, für die Behandlung und für die Beurtheilung des Zustandes der Eltern. Wir führen deshalb den Verfasser hier wörtlich an:

„Manche Kinder, sagt er, zeigen bei ihrer Geburt oder wenige Tage nachher einen blasigen Ausschlag, der sich vorzugs-

weise an den Fussohlen und in den Handflächen kundthut."
P. Dubois und Depaul, die den Verlauf dieses Hautleidens aufmerksam verfolgt haben, sahen es immer mit einem bläulichen, umgrenzten Flecke der Haut an den genannten Theilen beginnen. Nach Verlauf von 48 bis 72 Stunden bedecken sich die Stellen mit einer grossen Anzahl kleiner Bläschen, von der Grösse eines Hanfkernes bis zu der einer Linse; sie sind mit einem Anfangs trüben und milchartigen Serum angefüllt. Nach und nach vergrössern sich diese Bläschen zu Blasen oder Bullen; ihr Inhalt wird gelber, missfarbiger und zu gleicher Zeit zeigen sich, theils neben ihnen, theils an anderen Theilen des Körpers, eben solche, mit Flüssigkeiten gefüllte, Erhebungen der Epidermis, aber anderswo, als an den Fussohlen und Handflächen, sind sie kleiner und zeigen nicht die bläuliche Hautfarbe so ausgeprägt um sich herum; ja am Rumpfe fehlt ihnen diese bläuliche Hautfarbe ganz. In dem Maasse, wie dieser Pemphigus sich mehr entwickelt, wird das Kind immer schwächer und hinfälliger; es schreit beständig, will die Brust nicht nehmen, sein Aussehen verändert sich und das Angesicht hat den Ausdruck tiefen Leidens. Inzwischen sind die Blasen meistens geplatzt und eine jauchige Flüssigkeit, mit Blut gemischt, fliesst aus und die so entblössten Stellen bedecken sich hier und da mit wirklichen, aus Hauttrümmern, Blut und Jauche zusammengetrockneten Borken.

Weicht man diese Borken ab, so sieht man an einigen Stellen die Haut nur roth, aber unversehrt, an anderen oberflächlich korrodirt und bisweilen auch tiefer ulzerirt. In diesem letzteren Falle sind die Ränder bisweilen erhaben und zugerundet und zeigen an verschiedenen Stellen das Ansehen des geschwürigen Ekthyms. Gewöhnlich sterben die mit diesem Uebel behafteten Kinder nach wenigen Tagen. Ich habe jedoch einen Fall erlebt, wo ein Kind, dessen Mutter erst während der Schwangerschaft von Syphilis angesteckt worden war, 4 Monate alt wurde; ohne einer antisyphilitischen Kur unterworfen worden zu sein, verlor es den Pemphigus, bekam aber seine Kräfte niemals wieder, obgleich zweimal seine Amme gewechselt wurde und man ihm tonische Mittel gegeben hatte; es starb in einem Zustande von Erschöpfung, dessen Ursache dunkel blieb; eine Leichenuntersuchung konnte nicht gemacht werden. — Einen fast ähnlichen Fall hat Depaul bekannt gemacht (Gaz. méd. de Paris, 1851, p. 472); die Bullen heilten von selbst, ebenso eine begleitende Eruption, deren syphilitische Natur kaum zu verkennen war; es folgten aber Symptome eines Brustleidens, und das Kind starb am 19. Tage seines Alters; es fanden sich in jeder Lunge mehrere harte Körner. — Startim hat ein Kind gesehen, dessen Eltern syphilitisch waren; es hatte einen Pemphigus bei seiner Geburt, von dem es geheilt wurde, starb aber nach 10 Tagen an einer Pleuritis (London medic. Times, 1854. pag. 134). — Glücklicher war Galligo

(Gazzetta medic. Toscana, 1852, pag. 123), der durch Anwendung des Sublimats zwei Kinder gerettet hat, von denen eines Pemphigus bei seiner Geburt hatte und das andere einen Pemphigus einen Monat nach derselben bekam.

Bei einem Hinblicke auf die Manifestation und den Verlauf dieser Krankheit ist der Gedanke an einen syphilitischen Ursprung derselben ein sehr natürlicher, um so mehr, als oft das eigne Geständniss der Eltern, bisweilen auch die Coëxistenz anderer unzweifelhafter Erscheinungen von Syphilis auf diese Dyskrasie geradezu hinführt. Es behauptet auch schon zu Ende des vorigen Jahrhunderts Wichmann diese Thesis, welche Jörg später ebenfalls bestätigte und der sich Dugès anschloss. Stoltz in Strassburg betrachtet den Pemphigus neonatorum als den gewöhnlichsten Ausdruck der angeborenen Syphilis (Thèse von Hertle, Strassburg, 1847). Endlich hat sich auch noch Cazenave, nachdem er lange Zeit über die Natur dieses Pemphigus unschlüssig gewesen, derselben Meinung angeschlossen (Traité des Syphilides, p. 176.). — Diese Ansicht hat aber eben so bedeutende und eifrige Gegner gefunden. Schon 1794 wollte Osiander den Pemphigus nicht immer für eine Manifestation der syphilitischen Dyskrasie ansehen. Krauss (de Pemphigo neonatorum, 1834) und ebenso Gillibert (Monogr. du Pemphigus) weisen die syphilitische Natur des Pemphigus zurück.

Diese Verschiedenheit der Ansichten über die Natur des angeborenen Pemphigus fachte sich zu einem lebhaften und höchst interessanten Kampfe an, welcher im Jahre 1851 im Schoosse der Akademie der Medizin zu Paris durchgefochten wurde. Beide Ansichten hatten ihre bedeutenden Repräsentanten; Herr Depaul verfocht den syphilitischen, Herr Cazeaux den nicht-syphilitischen Ursprung des Pemphigus der Neugeborenen. Herr Depaul erklärt ihn für syphilitisch: 1) weil in den meisten Fällen er Spuren früherer Syphilis bei den Eltern des Kindes konstatiren konnte; 2) weil man in sehr vielen Fällen vom Pemphigus neonatorum auch noch andere charakteristische Symptome der syphilitischen Dyskrasie wahrnimmt. So sah Herr Depaul ein Mal eine geschwürige Durchbohrung der Nasenscheidewand; ein anderes Mal eine Ulzeration des Gaumensegels; es sahen ferner Laborie Karies der Tibia, Cruveilhier Karies des Gaumengewölbes und Andere deutliche syphilitische Hautausschläge in Verbindung mit dem Pemphigus. Es ist hier noch von der von Depaul und Dubois behaupteten eigenthümlichen Affektion der Lungen und der Thymusdrüse, die sie als Abscès multiples bezeichneten und

ebenfalls für einen Beweis von angeborener Syphilis hielten, ganz abzusehen, da die syphilitische Natur dieser Affektion noch nicht direkt erwiesen ist.

Andererseits erklärt Cazeaux den Pemphigus neonatorum nicht für eine entschiedene Manifestation der Syphilis: 1) weil der Pemphigus neonatorum sich in nichts von dem Pemphigus Erwachsener unterscheidet, von dem man bestimmt weiss, dass er ohne alle Beimischung von Syphilis vorkommt; 2) weil der Pemphigus bei den Kindern gleich bei der Geburt oder ganz kurze Zeit nachher sich zeigt, während doch die angeborene Syphilis erst viel später nach der Geburt hervortritt (dieses Argument ist jedoch bereits längst zurückgewiesen, da Kinder mit unzweifelhaften Symptomen der Syphilis direkt zur Welt kommen); 3) endlich, weil in der Ourcine, wo eine grosse Anzahl mit Syphilis behafteter oder von syphilitischen Männern geschwängerter Frauen entbunden worden, man niemals ein Kind, mit Pemphigus behaftet, gesehen hat.

Wir übergehen hier sehr viele andere Argumente, die in dem erwähnten Streite innerhalb der Akademie für und wider angeführt worden sind. Diejenigen, welche sich speziell dafür interessiren, mögen die Verhandlungen und Protokolle der Akademie selbst durchgehen. Wir führen hier nur die Sätze an, welche sich als fest, bestimmt und anerkannt herausgestellt haben; es sind deren nur zwei, nämlich: 1) der Pemphigus der Neugeborenen zeigt keinen der Charaktere, welche sonst ein syphilitisches Hautleiden von einem einfachen, ähnlichen Hautleiden zu unterscheiden pflegen, und 2) bei Erwachsenen ist der Pemphigus als Manifestation der syphilitischen Dyskrasie äusserst selten, ja, kommt vielleicht als solche gar nicht vor.

Ad 1) ist Folgendes zu bemerken: Die Gruppirung im Kreise oder wenigstens das Streben dazu, wodurch sich die ersten syphilitischen Hautaffektionen so eigenthümlich charakterisiren, sieht man beim Pemphigus nicht; die kupferrothe Farbe fehlt auch dabei und selbst die bläuliche Farbe, welche man allenfalls für eine Modifikation der Kupferröthe ansehen kann, fehlt nach dem Geständnisse von P. Dubois bei den am Rumpfe der Kinder vorkommenden Pemphigus-Blasen. Diese Blasen hinterlassen, wenn sie ihres Inhaltes entledigt sind, entweder gar keine oder nur sehr oberflächliche Ulzerationen der Haut, welche niemals den graulichen Grund, noch die scharf abgeschnittenen Ränder zeigen, die

sonst die syphilitischen Ulzerationen an sich tragen. Beim einfachen Pemphigus der Erwachsenen haben Gillibert, Rayer und Gibert ganz ähnliche, oberflächliche Ulzerationen gesehen.

Ad 2) Fast kein einziger Schriftsteller führt bei Erwachsenen unter den Symptomen der allgemeinen Syphilis den Pemphigus auf. Gillibert, der eine so subtile Klassifikation des Pemphigus vorgenommen hat, hat doch keinen Pemphigus syphiliticus. Gibert sagt ausdrücklich, dass man weder bei Neugeborenen, noch bei Erwachsenen den Pemphigus als eine Manifestation der Syphilis beobachtet; er wenigstens habe ihn als solche in seiner reichen Hospital- und Zivilpraxis nie gesehen. Dagegen sagt Cezeaux, dass ein Pemphigus syphiliticus zwar vorkommt, aber nur bei Neugeborenen; bei Erwachsenen habe er ihn nie gesehen. Ricord, der sich sehr vorsichtig über die Streitfrage äussert, gesteht, dass es durchaus kein bestimmtes Zeichen gebe, wodurch sich der syphilitische von dem nichtsyphilitischen Pemphigus unterscheide, wie es doch bei den übrigen Hautaffektionen der Fall ist.

Hiernach ist also der eigentliche Streitpunkt noch nicht entschieden und nach langen und eifrigen Erörterungen sind die Streitenden endlich zu einer Art Kompromiss gekommen, der darin besteht, dass man den Pemph. neonat. zwar nicht für einen direkten Beweis oder vielmehr für eine entschiedene Manifestation der Syphilis ansehen wolle, sondern nur für eine indirekte Folge der von dieser Dyskrasie herbeigeführten Lebensschwäche. Dieser Ansicht schliesst sich auch der Verfasser an. Der Pemphigus der Neugeborenen ist also das Resultat einer grossen Lebensschwäche derselben, gleichviel, wodurch diese Lebensschwäche herbeigeführt ist und, da die angeerbte syphilitische Dyskrasie diese Lebensschwäche erzeugt, so wird natürlich der Pemphigus auch recht oft dabei zum Vorscheine kommen. Jedes langsam wirkende Krankheitsgift erzeugt bekanntlich eine Verarmung des Blutes oder einen chlorotisch-anämischen Zustand und der Pemphigus ist nur eine Folge desselben. Zwar haben Depaul und Galligo Fälle angeführt, wo durch Darreichung kleiner Gaben Sublimat der Pemphig. neonat. geheilt worden, aber dieses beweist noch nicht die syphilitische Natur desselben, weil einerseits in gewissen chlorotischen Zuständen kleine Gaben von Sublimat sich sehr nützlich erweisen, und weil andererseits eine Besserung der der Chlorose zum Grunde liegenden Dyskrasie auch auf erstere vortheilhaft wirken

muss. Der Verfasser erzählt die Geschichte eines Erwachsenen, bei dem er die Richtigkeit dieses Satzes deutlich erkannt haben will.

Coryza syphilitica bei Neugeborenen. Diese sehr bekannte Affektion wird von den meisten Autoren als eine Entzündung der Nasenschleimhaut angesehen und von Bertin zu den venerischen Schleimflüssen gezählt. Wir gehen in eine genaue Schilderung dieser Affektion nicht ein, die wohl den meisten Aerzten bekannt ist. Die Nase ist verstopft, das Kind ist genöthigt, mit offenem Munde zu athmen, kann nicht saugen und verfällt. Ulzerationen erstrecken sich in den Schlund bis zum Kehlkopfe hinab und die Stimme wird rauh und heiser oder erlischt ganz. Bei vielen Kindern sieht man die Nase vollständig abgeflacht oder eingesunken, und man erkennt alsdann eine stattgehabte Zerstörung der Nasenscheidewand. Eine andere Ursache des Todes ist die Absorption des fauligen Gases, welches die Jauche aushaucht und deren Eingang bis in den Magen. Trousseau und Lasègue haben behauptet, dass diese Affektion der Nase immer äusserlich an derselben beginne und von da nach innen sich erstrecke; es ist dieses aber durch nichts erwiesen.

Onychia syphilitica. Es sind zwei Formen derselben bekannt geworden. Die eine besteht in einer Entzündung des Nagelbettes mit kupfriger Färbung und Abschuppung, seltener mit Pustelbildung, auf der den Nagel umgebenden Haut. Diese Form, die übrigens bei Erwachsenen öfter vorkommt, als bei Neugeborenen, hat auf die Textur des Nagels wenig Einfluss. Nur Albers hat einen Fall der Art bekannt gemacht; bei einem Kinde entwickelte sich bald nach der Geburt eine kleine Pustel am Nagel des linken Daumens, es folgten bald mehrere andere Pusteln an verschiedenen Theilen des Körpers mit deutlich syphilitischem Charakter. — Die andere Form besteht in einer wirklichen Ulzeration oder organischen Veränderung des Nagelbettes; der Nagel stirbt ab, wird brüchig oder auch abgestossen. Bertin sah Letzteres an den Nägeln der Füsse und Hände. Guérard sah bei einem mit Syphilis behafteten Neugeborenen die Nägel an Händen und Füssen nach und nach atrophisch werden; sie wurden allmählig länger und schmäler und fielen ganz aus, und es folgten neue Nägel, die aber denselben Prozess durchmachten, um wieder durch neue Nägel ersetzt zu werden.

Syphilitische Knochenübel sind bei Neugeborenen viel seltener als bei Erwachsenen, offenbar, weil entweder die syphi-

litische Dyskrasie früher tödtet, ehe sie zur tertiären Periode gelangt, oder weil sie früher durch eine gute Behandlung beseitigt wird. Kommen syphilitische Knochenübel bei Neugeborenen vor, so haben sie durchaus nicht den unterscheidenden Charakter, den sie bei Erwachsenen zeigen. Bertin ist der Einzige, welcher bei Kindern Periostosen gesehen haben will, nämlich eine taubeneigrosse Periostose auf dem grossen Trochanter und eine eben so grosse auf der Ulna. Laborie, Cruveilhier, Rosen und Doubled haben Karies an verschiedenen Stellen, besonders aber an flachen Knochen, wahrgenommen. Bouchut hat ziemlich oft eine Knochenaffektion beobachtet, die weder Karies noch Periostose ist; er nennt sie „Endurcissement prématuré des os longs“. Statt weich, schwammig, gefässreich, unvollkommen ausgebildet zu sein, um leicht durchschnitten werden zu können, waren die Tibien und die Femora in ihrem mittleren Theile fest, kompakt, elfenbeinartig und schwer zu durchbrechen oder zu durchschneiden. Diese eigenthümliche Eburnation leitet Bouchut ebenfalls von Syphilis her. In wie weit endlich weisse Gelenkgeschwülste, Gelenkvereiterungen und Rhachitis von syphilitischer Dyskrasie abzuleiten seien, ist noch ein Punkt, der einer weiteren Untersuchung bedarf.

Affektionen der Eingeweide. Hierüber ist in neuerer Zeit viel verhandelt worden und wir müssen dabei etwas länger verweilen.

a) Syphilitische Affektionen der Lungen. Eine lange Zeit hat man, selbst bei Erwachsenen, von keinen anderen syphilitischen Affektionen der Athmungswege gesprochen, als von den des Kehlkopfes und der Luftwege. Syphilitische Halsschwindsucht spielt bei früheren Autoren eine Rolle, und man dachte sich, dass die Ulzerationen vom Rachen oder oberen Theile des Schlundes aus bis auf den Kehlkopf sich ausdehnten. Dann sprach man auch wohl von Abzehrung und von Schwindsucht in Folge syphilitischer Dyskrasie, aber man dachte dabei wohl nicht an Affektionen des Lungenparenchyms. Erst in unseren Tagen ist man auf die syphilitischen Affektionen der Lungen aufmerksam geworden, und Lagneau, der Sohn, (des malad. pulmon. causées ou influencées par la syphilis, Thèse de Paris 1851) geht so weit, sieben Arten von syphilitischer Lungenaffektion zu unterscheiden. Wir haben es hier jedoch mit den Neugeborenen und Säuglingen zu thun und bleiben bei den von Depaul angegebenen syphili-

tischen Erkrankungen der Lungen stehen, worüber vor zwei Jahren in der Akademie der Medizin zu Paris so ernste Verhandlungen stattgefunden haben. Die von Depaul beschriebene und für syphilitisch erklärte Veränderung in den Lungen der Neugeborenen besteht in zerstreuten Indurationen von verschiedener Grösse und von der Dichtheit der Leber inmitten des Lungenparenchyms. Einige dieser verhärteten Stellen machen nicht selten einen merklichen Vorsprung unter der Pleura und zeigen sich dann schon beim ersten Anblicke der Lunge von gelblicherer Farbe, als das übrige Gewebe. Dieses ist die erste Periode der Krankheit. In einer vorgerückteren Periode zeigt sich die harte Stelle erweicht und bei dem Einschnitte findet man das Innere dieses harten Kernes aus einer kompakten, graugelben Textur bestehend, in deren Mitte eine kleine mit serös-eiteriger Flüssigkeit gefüllte Höhlung sich befindet. Die Grösse dieser inneren Erweichung und der Höhlung ist abhängig von dem Umfange der Induration. In der Flüssigkeit, welche die Höhlung enthält, sieht man mittelst des Mikroskopes deutliche Eiterkügelchen. Später werden die Höhlungen grösser und reichlicher mit Eiter gefüllt und sie stellen dann inmitten des Lungenparenchyms kleine, geschlossene, von einer verhärteten Schichte umgebene, Abszesse dar. Depaul nennt sie darum auch Abscès multiples. Gewöhnlich sind diese Indurationen schon zur Zeit der Geburt vorhanden; sie machen schnell ihre Entwickelung durch, die immer den Tod zur Folge hat. Die Symptome sind die der Lobular-Pneumonie, mit der überhaupt die Krankheit, auch in anderer Beziehung, grosse Aehnlichkeit hat. Gleichzeitig mit dieser Lungensuppuration der Neugeborenen kommen auch noch andere Veränderungen vor, die bisweilen einen deutlich syphilitischen Ursprung verrathen, bisweilen aber auch eben so zweifelhaft sind. Hierzu gehört ganz besonders der schon beschriebene Pemphigus neonatorum, ferner Suppuration der Thymus und Grössenzunahme der Leber. Nach dem Geständnisse von Cruveilhier und P. Dubois findet sich der Pemphigus sehr häufig bei den Neugeborenen, die an der hier beschriebenen Lungensuppuration gestorben sind. Sehr oft aber findet sich auch diese Lungenkrankheit ganz allein, ohne dass etwas weiter zu entdecken ist. So berichtet Teirlink in Gent (Bulletin de la Société de médecine de Gand, 1852) die Geschichte einer mit mukösen Tuberkeln behafteten Frau, welche im 7. Monate der Schwangerschaft mit einem greisenhaft aussehenden, sehr

kleinen Kinde niederkam, das nur 4 Stunden lebte; es fand sich durchaus nichts weiter, als inmitten der linken Lunge ein einziger harter Kern, worin das Mikroskop Eiterkügelchen nachwies. Darf man diese eigenthümlichen, zerstreuten Indurationen und Suppurationen in den Lungen der Neugeborenen als ein Symptom von Syphilis betrachten? Bis jetzt hat man noch nicht das Recht, die Frage bejahend zu beantworten. Der Verfasser verneint die Frage. In der That hat nur die Minderzahl der mit dieser Lungenaffektion behafteten Neugeborenen noch andere unzweifelhaft syphilitische Symptome, z. B. muköse Tuberkeln, Pusteln u. s. w. dargeboten. In vielen Fällen litten die Eltern wirklich an syphilitischer Dyskrasie; in anderen Fällen aber war bei den Eltern keine Syphilis nachweisbar und im Allgemeinen geht jetzt die Ansicht dahin, dass die genannte Lungenaffektion der Neugeborenen auch aus anderen Ursachen, als aus Syphilis, entspringen könne.

b) Affektionen der Thymusdrüse. Ueber dieselben hat zuerst P. Dubois sich ausgesprochen (Gaz. médic. de Paris, 1850, p. 392). Als er Kinder, die von syphilitischen Eltern herkamen, kurze Zeit nach ihrer Geburt sterben sah, ohne äusserlich die Ursachen des Todes ermitteln zu können, untersuchte er mit grosser Aufmerksamkeit die Eingeweide und fand sehr häufig die Thymusdrüse auf eigenthümliche Weise erkrankt. An Farbe und Grösse erschien diese Drüse beim ersten Anblicke nicht verändert, aber aus der Durchschnittsfläche sah man eine halbflüssige, gelblichweisse Materie herauströpfeln, die wie Eiter aussah und als solcher auch wirklich von Donné erkannt wurde. Meistens war der Eiter im Inneren der Drüse gleichsam infiltrirt und nicht in vereinzelter Heerde angesammelt. Depaul fand dieses in einem Falle ebenso; in einem anderen Falle aber sah er in jedem Lappen der Thymus eine kleine, mit einer grützigen, gelblichen und ziemlich dicken Materie angefüllte, Höhle. Von fünf Kindern, deren Geschichte P. Dubois und Depaul berichtet haben, war eines vor der Geburt gestorben; zwei lebten nur einige Minuten, eines 6 und eines 8 Tage. Bei 2 fand man zugleich die oben erwähnte Lungensuppuration; bei einem dritten Kinde fand sich im unteren Lappen der rechten Lunge eine ungewöhnliche Härte; bei einem vierten Kinde zeigten die Lungen kleine Ekchymosen unter der Form rother Flecke. Von den 5 Kindern boten 4 mehr oder minder deutlich Pemphigus dar. Kein anderes Symptom, das auf Syphilis deuten konnte, fand sich

übrigens auf den kutanen oder mukösen Flächen dieser Kinder. Was den syphilitischen Ursprung dieser Affektion der Thymus betrifft, so präexistirte die Syphilis viermal, mehr oder minder lange Zeit vor der Schwängerung, beim Vater, bei der Mutter oder bei beiden. Im fünften Falle konnte über diesen Punkt nicht Auskunft erlangt werden. Dubois macht auf einen anderen Punkt aufmerksam, der für künftige Beobachtung zu einer Ursache des Irrthums werden kann. Die Thymusdrüse sondert während der grössten Zeit des Fötallebens eine weissliche und zähe Flüssigkeit ab, die man möglicherweise für Eiter halten könnte. Von dieser zähen, weissen, durchsichtigen Flüssigkeit unterscheidet sich aber, schon dem Ansehen nach, der Eiter durch seine rahmartige Konsistenz, seine gelbliche Farbe und Trübheit. Die Erzeugung des Eiters in der Thymusdrüse leitet Dubois von Entzündung ihrer Gänge und ihres Behälters ab. Wie aber diese Entzündung mit der syphilitischen Dyskrasie in Verbindung zu bringen sei, ist nicht dargethan und bedarf noch weiterer Untersuchung.

Affektionen der Leber. Die älteren Schriftsteller über Syphilis haben, wie der Aphrodisiakus erweist, die Leber vielfach als den Hauptsitz, ja das erzeugende Organ der Syphilis dargestellt, später ist in der Geschichte der Krankheit gar nicht mehr an die Leber gedacht worden, bis Gubler die Aufmerksamkeit darauf hinleitete. Er fand eine eigenthümliche Veränderung der Leber bei mit Syphilis behafteten Neugeborenen und in neuester Zeit sogar bei Erwachsenen, die an syphilitischer Dyskrasie litten (Gazette des Hôpitaux Janvier, 1848 u. Gaz. méd. de Paris, 1852, p. 262). Bei ausgebildeter Affektion der Leber erscheint dieselbe auffallend hypertrophisch, kugelig, hart, schwer mit den Fingern zu fassen, welche leichter die Textur zerreissen, als einen Eindruck auf ihre Oberfläche hinterlassen. Die Leber hat eine solche Elastizität, dass, wenn man ein keilförmiges Stück ihres vorderen Randes zusammenpresst, es entweicht, wie ein Kirschkern und auf den Boden aufprallt. Beim Durchschnitte mit dem Messer hört man ein leichtes Kreischen. Der Unterschied der beiden Substanzen der Leber ist vollkommen verschwunden. Man sieht nur auf dem gelblichen, gleichförmigen Grunde kleine, weisse, trübe Körnerchen zerstreut und hellfarbige, blutleere Gefässverzweigungen. Beim Drucke auf diese Textur quillt kein Blut heraus, sondern ein etwas gelbliches Serum, das aus einer Albumin-Auflösung besteht. In diesem hohen Grade der Veränderung fand

Gubler nur dreimal die Leber; meistens ist diese Veränderung wenig charakteristisch. Man findet die Textur derb, aber nicht so ausserordentlich hart, und man findet sie ferner von der gelben Farbe gewisser Flintensteine. Im Inneren zeigt sie mehr eine in's Gelbliche oder Braunrothe spielende Farbe, aber nirgends zeigt sich das Parenchym ganz gesund. In einigen Fällen jedoch war die Veränderung beschränkt; Gubler sah sie einmal auf dem linken Leberlappen, einmal auf dem scharfen Rande des rechten Lappen und einmal auf dem Spigel'schen Lappen begrenzt. Die Injektion hat erwiesen, dass in der indurirten Textur die Gefässe fast ganz unwegsam sind. Die ganz kleinen Gefässe sind obliterirt und die grösseren sind verengt. Der Grund davon ist, wie das Mikroskop gezeigt hat, das Vorhandensein einer grossen Menge fibrös-plastischer Elemente in allen Graden der Entwickelung innerhalb der erkrankten Textur, aber inmitten dieser neuen Bildungen behalten die Zellen des hepatischen Parenchyms alle Charaktere des normalen Zustandes. Die bedeutende fibrös-plastische Ablagerung bewirkt die Volumzunahme der Leber, die Kompression der Zellen der Acini, die Obliteration der Gefässe und folglich die Unterbrechung der Gallenabsonderung. In der That hat auch Gubler den Inhalt der Gallenblase fast immer blassgelb und fadenziehend, d. h. sehr reich an Schleim und sehr arm an eigentlichem Gallenstoffe, gefunden. Das Blut zeigte sich immer sehr verändert, nämlich überaus viel Flüssigkeit und einen Blutkuchen von der Mürbigkeit des Johannisbeermusses. In einem Falle zeigte sich zugleich mit dieser Veränderung eine auffallende Entfärbung aller Texturen und eine grosse Menge von Ekchymosen. In einem Falle fand sich eine akute Pneumonie und in zwei Fällen eine chronische.

Viel entschiedener fanden sich zugleich mit diesem Leberleiden andere charakteristische Erscheinungen der Syphilis, als mit der Depaul'schen Veränderung der Lungen und der Dubois'schen der Thymus. Die begleitenden Erscheinungen bestanden in Psoriasis, Ekthympusteln, Rupia, mukösen Tuberkeln, Schrunden und Rissen und syphilitischer Coryza und Ozaena.

Die venerische Natur der hier beschriebenen Leberaffektion ergibt sich auch noch daraus, dass Gubler sie nirgends anderswo gefunden hat, als bei angeborener Syphilis. Trousseau, Horteloup, Cullerier, Depaul, Lebert und Andere haben dieses bestätigt. In 8 Fällen von 9, die Gubler selbst gesehen

hat, waren die äusseren Manifestationen der syphilitischen Dyskrasie so charakteristisch, das die Diagnose unzweifelhaft war; nur über den Gesundheitszustand der Aeltern, wie der Kinder, konnte man nicht genügenden Aufschluss erlangen. Uebrigens haben auch Desruelles und Cazenave bei todtgeborenen Kindern bereits diese Induration der Leber gefunden.

Nach Gubler ist diese eigenthümliche Affektion der Leber analog der syphilitischen Sarkocele oder den sogenannten Gummigeschwülsten und gilt ihm daher als eine der tertiären Periode der Syphilis angehörige Entartung. Was ihn hiezu berechtigt, ist nicht klar, da doch aus seinem eigenen Geständnisse die begleitenden Manifestationen der Syphilis die Kutis und die Schleimhäute betrafen und folglich zur sogenannten sekundären Periode gehörten. Ref., der überhaupt die Ausdrücke primär, sekundär und tertiär bei der Syphilis nicht festhalten möchte, weil sie zu vielen irrigen Konsequenzen führen, betrachtet syphilitische Sarkocele sowohl, wie syphilitische Induration der Leber, als die ersten Anfänge der syphilitischen Heteromorphieen. Darüber wird sich Ref. bei einer anderen Gelegenheit aussprechen. Was die Erscheinungen betrifft, wodurch sich diese Gubler'sche Leberaffektion bei Neugeborenen kund thut, so sind sie schwer zu fassen, weil die Kinder nur wenige Tage am Leben bleiben. Die kleinen Kinder seufzen, werfen unaufhörlich, als Zeichen ihres inneren Leidens, die Beine umher; sie haben Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung; der Bauch wird aufgetrieben, empfindlich beim Drucke; der Puls ist schnell und schwach, der Gesichtsausdruck verändert und der Tod erfolgt, wie gesagt, in 2 bis 3 Tagen. Merkwürdig ist, dass nie Gelbsucht beobachtet worden. Durch Betastung und Perkussion kann man gewöhnlich die Vergrösserung und Verhärtung der Leber erkennen. Oedem hat Gubler nur ein einziges Mal gesehen. Ueber die Behandlung des Uebels lässt sich noch nichts sagen. Nur ein einziges Mal soll ein solches Kind durch das gelbe Jodquecksilber von der Syphilis geheilt worden sein; es ist später an einer anderen Krankheit gestorben und Cullerier fand auf der Leber eine Art fibröser Narbe. Der Verf. gibt eine ganz eigene Erklärung über die Bedeutung dieser Leberinduration. Er hält sie nämlich analog der Induration beim Schanker Erwachsener und glaubt, dass sie die direkte Wirkung des aus dem Blute der Mutter überführten Giftes ist, welches zuerst in der Leber sich ablagert und dort die-

selbe Reaktion bildet, wie der beim Coitus auf den Penis übertragene Schankerstoff an Ort und Stelle und in den benachbarten Drüsen. Demnach, meint der Verf., müsste auch die Induration der Leber beim Kinde nicht entstehen können, wenn der Vater bei der Zeugung syphilitisch gewesen, aber die Mutter frei geblieben ist.

Peritonitis syphilitica. Simpson in Edinburg sah mehrere Fälle von tödtlicher Peritonitis bei Kindern, deren Mütter Symptome von konstitutioneller Syphilis dargeboten hatten und er glaubt, die Peritonitis für ein Resultat der auf die Kinder übergetragenen Syphilis ansehen zu müssen. Gubler hat bei der Leberverhärtung zugleich auch deutliche Spuren von Peritonitis gesehen und es ist fraglich, ob nicht in den Simpson'schen Fällen Leberaffektion auch vorhanden gewesen, aber vielleicht übersehen worden.

III. Verlauf der angeborenen Syphilis.

Der Verf. beschäftigt sich mit der Frage: wann die angeborene Syphilis zum Vorscheine kommt? Es ist keinem Zweifel mehr unterworfen, dass sie nicht nur schon beim Kinde im Augenblicke der Geburt unzweifelhaft wahrgenommen wird, sondern, dass sie sich auch innerhalb des Uterus vollkommen entwickelt. Es bleibt nur noch festzustellen, zu welcher Zeit die Syphilis bei Kindern sich manifestirt, die anscheinend gesund zur Welt kommen oder, mit anderen Worten, welche Inkubationszeit die angeborene syphilitische Dyskrasie darbietet? Der Verf. hat von verschiedenen Autoren 158 authentische Fälle zusammengestellt, in denen das Vorkommen der Syphilis sehr genau notirt worden war. Es zeigte sich die Syphilis vor 1 Monate nach der Geburt bei 86; vor 2 Monaten bei 45; vor 3 Monaten bei 15; vor 4 Monaten bei 7; zu 5 Monaten bei 1; zu 6 Monaten bei 1; zu 8 Monaten bei 1; zu 1 Jahre bei 1 und zu 2 Jahren nach der Geburt bei 1. Demnach haben von 158 Kindern 131 vor Ende des 2ten Monates die Syphilis deutlich manifestirt, und zwar hatten davon 110 syphilitische Symptome vor der 6ten Woche und 86 hatten sie vor Ablauf des 1sten Monates. Darunter sind 105 Fälle, wo die Angaben noch genauer sind; von diesen zeigten 45 die Symptome der Syphilis vor dem 30sten Tage nach der Geburt und von diesen letzteren 24 vor dem 15ten Tage und 10 vor dem 8ten Tage. Hieraus ergibt sich:

1) Dass die angeborene Syphilis vor Ende des 1sten Monates nach der Geburt am häufigsten zum Vorscheine kommt, und dass 2) wenn 3 Monate vergangen sind, ohne dass solche Symptome sich gezeigt haben, man schon ziemlich sicher sein kann, dass nichts mehr folgen werde.

Wir übergehen mehrere andere Punkte, die der Verf. durchnimmt, und die sich auf die erst nach der Geburt zufällig erlangte Syphilis der Kinder beziehen, und wenden uns zu folgenden wichtigen Fragen: Unterscheidet sich die Syphilis bei den Kindern, je nachdem die Krankheit auf dieselben durch den Akt der Zeugung oder während der Schwangerschaft übergetragen worden? Wenn ein Unterschied obwaltet, worin besteht er? Der Verf. beantwortet nach den von ihm aufgezählten Thatsachen diese Fragen dahin, dass er weder in der Zeit des Auftretens, noch in der Art der Erscheinungen, irgend einen Unterschied gefunden hat. Nur habe sich die Syphilis gleich bei der Geburt öfter in den Fällen gezeigt, wo sie vom zeugenden Vater bei der Schwängerung ausgegangen ist. Abortus will der Verf. dagegen häufiger da gesehen haben, wo die Syphilis erst während der Schwangerschaft auf die Frucht übergetragen worden. Hinsichts der Wirkung des Merkurs hat sich auch kein Unterschied gezeigt.

„Wenn, sagt er, zur Zeit der Schwängerung die Dyskrasie bei den Aeltern im Blühen und nicht latent war; wenn sie bis dahin noch gar nicht von Merkur bekämpft worden, sondern in voller Kraft der zweiten Periode sich befindet; wenn das Kind ein lymphatisches Temperament hat oder mit demjenigen seiner Erzeuger, der von der Dyskrasie heimgesucht ist, eine ganz besondere Aehnlichkeit darbietet, so wird die Krankheit einen viel ernsteren Charakter beim Kinde annehmen, als entgegengesetzten Falles.“

Ricord hat, wie schon früher angeführt, den Satz aufgestellt, dass die angeerbte Syphilis hinsichtlich ihres Stadiums an die Syphilis sich anknüpft, die bei den Erzeugern zur Zeit der Uebertragung vorhanden gewesen. Diese Aeusserung Ricord's formulirt sich genauer durch den von Bassereau ausgesprochenen Satz, dass die Neugeborenen mit angeerbter Syphilis immer diese Krankheit mit derjenigen Reihe von Symptomen manifestiren, welche bei ihren Erzeugern zur Zeit der Uebertragung obgewaltet haben. War Vater oder Mutter mit frischer oder primä-

rer Syphilis behaftet, so stecken sie sich einander an und von der Mutter geht die Syphilis auf die Frucht über, bei der sie, als die Fortsetzung derselben, mit den ersten Erscheinungen der sekundären Syphilis (leichten kutanen und mukösen Affektionen) sich kund thut. War bei den Erzeugern die Syphilis zur Zeit ihrer Uebertragung auf die Frucht schon eine sekundäre, so wird sich solche auch natürlich bei der Frucht kund thun und zwar ziemlich mit derselben Intensität, die sie bei den Erzeugern gehabt hat. Die Frage ist nur, wie es mit der sogenannten tertiären Syphilis ist. Wenn die Erzeuger an tertiärer Syphilis leiden, wird diese sich auch auf die Frucht übertragen? Bis jetzt sind, wie schon früher angedeutet worden, syphilitische Knochenleiden bei Neugeborenen und Säuglingen äusserst selten, wenigstens lange nicht in dem Verhältnisse beobachtet worden, in welchem tertiäre Syphilis bei Erwachsenen vorkommt. Man könnte die beschriebenen Affektionen der Lungen, der Thymus und der Leber bei Neugeborenen für Manifestationen der tertiären Syphilis ansehen; der Verf. hält sie aber nicht dafür. Die Affektionen der Lungen und der Thymus sind, wie schon angegeben, überhaupt noch zweifelhafter Natur und die Gubler'sche Leberaffektion will der Verf. eher der sekundären Syphilis zuzählen; mit dem Pemphigus der Neugeborenen verhält es sich auf ähnliche Weise. Leiden die Aeltern an tertiärer Syphilis, so ist der spezifische Charakter der Dyskrasie schon im Erlöschen und die von ihnen Erzeugten werden die spezifischen Charaktere auch nicht mehr darbieten, und je länger die tertiäre Syphilis bei den Aeltern bestanden hat, desto vermischter und modifizirter wird die Dyskrasie bei den Kindern sich zeigen. Dann wird sogar nach oder zwischen einigen kränklichen Kindern ein gesundes Kind gezeugt werden und allmählig wird die Zahl der gesunden Sprösslinge zu der der kränklichen sich immer günstiger stellen. Die Erscheinungen, die die kränklichen Kinder darbieten, sind gewöhnlich die der Skrophulosis, und Lugol, dessen der Verf. auffallender Weise gar nicht gedenkt, hat längst schon die grosse Zunahme der Skrophulosis in unseren Tagen von der Verschleppung der syphilitischen Dyskrasie in den Aeltern abgeleitet. Aehnliches gilt vielleicht von der Rhachitis und, wie Ref. hinzusetzen möchte, auch von der Tuberkulose, deren furchtbare Steigerung in unseren Zeiten gegen früher doch nicht abzuleiten ist. Es soll damit nicht gesagt sein, dass Skrophulosis, Rhachitis und Tuberkulosis

nur aus verschleppter und halb verwischter syphilitischer Dyskrasie der Aeltern entspringen; sie entstehen ganz gewiss auch aus anderen Ursachen, aber einen sehr grossen Antheil bei ihrer Zeugung hat jene Dyskrasie ganz gewiss. In Folge der syphilitischen Dyskrasie erzeugt sich, wenn diese allmählig ihren spezifischen Charakter verliert, eine Verarmung und Verschlechterung des Blutes, ein chlorotisch-anämischer Zustand, eine Herabsetzung der Lebenskraft, eine Schwächung der Organisation, und die durch solche Aeltern erzeugten Kinder tragen diese Lebensschwäche an sich, die sich unter verschiedenen, noch nicht hinlänglich gewürdigten, Einflüssen als Skrophulosis, Rhachitis oder Tuberkulosis kund thut. Die direkte Beobachtung von Troncin, Mahon, Bertin, Hufeland, Hey, Rosen, Haase, Albers, Baumés u. A. bezeugen dieses eben Gesagte vollständig, und noch grössere Beweise findet man bei Lugol. Es knüpft sich hieran aber die Frage: Ob die durch die Abstammung von Aeltern, welche an verschleppter syphilitischer Dyskrasie litten, herbeigeführte Skrophulosis, Rhachitis und Tuberkulosis von den durch andere Umstände erzeugten Krankheiten gleiches Namens sich charakterisch unterscheiden? Hinsichtlich der Skrophulosis glaubten Maisonneuve und Montanier (Traité prat. des malad. vénér., Paris, 1853) einen Unterschied zu finden. Sie nannten die aus der syphilitischen Dyskrasie der Aeltern entspringende Skrophelsucht Skrophuloid, im Gegensatze zur gewöhnlichen Skrophulosis. Bei der ersteren, sagten sie, sind die Kinder mager, haben wenig Haare, sehen blass, matt oder etwas erdfarbig aus; sie bleiben so bis zum 5ten, 10ten oder 15ten Jahre; dann bekommen sie Knochenskropheln, die mit unsäglichen Schmerzen verbunden sind und selten in Eiterung übergehen; Drüsenleiden haben sie weniger, als andere skrophulöse Kinder; dagegen leiden sie viel an Ophthalmieen, an Nasen- und Ohrenflüssen und das Jod zeigt sich bei ihnen viel wirksamer, als bei anderen skrophulösen Kindern. Der Verf. will diesen Unterschied nicht zugeben. Er sieht bei solchen Kindern nur die gewöhnliche Skrophulosis im verstärkteren Grade und weniger tilgbar, und bei fernerem Wachsthum weniger nachgiebig und weniger spurlos verschwindend, als wie sie bei den Kindern sich zu verhalten pflegt, die von gesunderen Aeltern abstammen und durch andere Einflüsse in die Skrophelsucht verfallen sind.

Zum Schlusse dieses ersten Theiles unserer Analyse haben

wir noch eine Frage in Betracht zu ziehen, die der Verf. nur oberflächlich berührt. Welches Recht hat man, später im Leben eintretende Krankheiten der vererbten syphilitischen Dyskrasie beizumessen? Diese Frage ist bis jetzt noch nicht gehörig ventilirt, wie überhaupt die Metamorphose von Krankheitsdispositionen und bestimmten Krankheitsformen, bei ihrem Durchgange durch die Zeugung und Schwangerschaft, von einer Generation auf die andere, ein Kapitel ist, das noch der Untersuchung harrt.

Wenn ein Individuum, das zwar schwächlich ist, aber Jahre lang gesund gewesen und dann plötzlich ohne allen äusseren Anlass, ohne irgend eine nachweisbare Infektion von zerstörenden Ulzerationen, von Karies, von Nekrose, von Schwammwucherungen u. s. w. befallen wird, wer kann sagen, dass nicht die Reste einer von syphilitischen Aeltern übertragenen Dyskrasie die eigentliche Grundlage dieser Uebel bildet? Der Beweis wird meistens schwer zu finden sein, aber wir wollen doch einige Notizen anführen, die uns auffallend erscheinen, und deren auch der Verf. gedenkt.

So berichtet Balling (über angeborene und ererbte Syphilis), dass er von einem 16 Jahre alten Kranken konsultirt werden, der eine Ulzeration im Rachen und Karies der Nasenknochen hatte. Der Knabe erschien durchaus unschuldig und die genaueste Untersuchung und Nachforschung ergab keine stattgehabte direkte Infektion. Auch war der Knabe bis dahin ohne alle Spuren von Syphilis gewesen. Der Vater gestand, dass er zur Zeit der Zeugung dieses Knaben an konstitutioneller Syphilis gelitten; auch wurde der Knabe durch antisyphilitische Mittel geheilt. — Bell lehrt geradezu, dass die angeborene syphilitische Dyskrasie bis zur Zeit der Pubertät, ja bis zur Heirath oder bis zur ersten Niederkunft, latent bleiben und dann unter mannichfachen Formen zum Vorscheine kommen kann, gleichsam als ob es einer grossen Perturbation des Organismus bedürfe, um das verborgene Uebel an's Licht zu ziehen. — Nach Prieux kann die angeborene syphilitische Dyskrasie sogar bis zum 30sten Jahre latent bleiben und dann unter eigenen Krankheitsformen sich bemerklich machen. Gilbert erzählt die Geschichte einer Wäscherin, welche bis zur Verheirathung vollkommen frei gewesen und dann von sehr charakteristischen Ulzerationen befallen wurde, ohne dass sie selbst oder ihr Mann, mit dem sie allein zu thun gehabt hat, jemals syphilitisch angesteckt worden. Man

behandelte die Ulzerationen jedoch wie ein syphilitisches Uebel und heilte die Frau. — Bei Rosen findet sich die Geschichte eines 11 Jahre alten Mädchens, das blühend und frisch wie eine Rose war, als es Anschwellung und Eiterung der Halsdrüsen, Ulzerationen der Nase, Karies des Gaumengewölbes und fressenden Lupus im Gesichte bekam. — Auch Cazenave berichtet von einem Mädchen, bei welchem sich erst im 9ten, und von einem anderen, bei welchem sich im 11ten Jahre fressende Hautgeschwüre und Hauttuberkeln zeigten, nachdem sie bis dahin vollkommen gesund gewesen; das erste dieser beiden Mädchen wurde durch eine Merkurialkur geheilt. — Noch auffallender ist der von Sperino mitgetheilte Fall (Della sifilizzazione, Turino, 1853); er betrifft ein Kind, das er selbst von einer an Syphilis gestorbenen Mutter geboren werden sah; das Kind war bei der Geburt ganz wohl und blieb gesund, wenn auch schwächlich und mager, bis zum 11ten Jahre. Dann bekam es eine Ulzeration am Gaumen. Da man keinen Grund hatte, an Syphilis zu denken, so wurde das Kind anfänglich antiphlogistisch und dann mit verschiedenen antiskrophulösen Mitteln behandelt. Das Geschwür griff aber um sich und zerstörte Gaumensegel und Gaumengewölbe. Als Sperino das Kind seit dessen Geburt erst wieder sah, war es blass, mager, hatte einen Eiterauswurf, fortwährenden Husten und eine Art hektischen Fiebers. Der Gedanke an Tuberkulose der Lungen drang sich dann natürlich zuerst auf, aber theils die Auskultation, theils der eigenthümliche Charakter der Ulzerationen im Munde bestimmten Sperino, das ganze Leiden von der angeerbten syphilitischen Dyskrasie herzuleiten. Er gab dem Kinde Jodkalium in voller Dosis und bewirkte eine Heilung desselben. Diese und ähnliche Fälle, namentlich die Fälle von Lupus oder fressender Flechte, die jedem beschäftigten Arzte wohl vorkommen, sind gewiss höchst auffallend und wenn Ref. auch sehr gut weiss, dass Beweise für ihre syphilitische Herkunft nur sehr schwer zu finden sind, und dass es zu gefährlich ist, e nocentibus et juvantibus einen Rückschluss machen zu wollen, so ist es doch recht, an die Möglichkeit einer angeerbten syphilitischen Grundlage zu denken und dadurch einigermaassen von der Wahl der Heilmittel sich bestimmen zu lassen.

In einem späteren Hefte werden wir die Analyse der übrigen Abschnitte des vor uns liegenden Werkes bringen.

III. Gelehrte Gesellschaften und Vereine.

Société médicale des Hôpitaux in Paris.

Ueber Natur und Behandlung des Keuchhustens.

Ueber diesen Gegenstand hat Hr. See eine Abhandlung eingesendet, über welche Hr. Aran in der Sitzung vom 26. April 1854 Bericht abstattet. Die Abhandlung, sagt der Berichtsabstatter, beschäftigt sich mit einer der wichtigsten Fragen der Pathologie. Bis jetzt ist die Natur des Keuchhustens noch ganz unbekannt. Soll man die Krankheit zu den Neurosen, oder zu den Phlogosen oder sogar zu den Krasen zählen? Könnten wir eine bestimmte Antwort auf diese Frage erlangen, so würden wir dadurch auch über manche andere Krankheiten Aufklärung erhalten, die dem Keuchhusten analog sind und einen ähnlichen Zweifel zulassen. Gehört der Keuchhusten zu den spezifischen Epidemieen, die auf einem in den Körper gedrungenen Giftstoffe beruhen, wie die Masern, die Pocken und das Scharlach, — und ist er ansteckend? Hr. See hat sich bemüht, durch aufmerksames Studium der Charaktere des Keuchhustens, durch Vergleichung und Synthese dieser Charaktere mit denen einiger anderen Krankheiten, die Natur jenes Leidens festzustellen und die Stelle zu bestimmen, welche es im nosologischen Systeme einzunehmen hat. Eine solche Aufgabe war eine höchst würdige für den Herrn Verfasser, der sich bereits durch andere Arbeiten vortheilhaft ausgezeichnet hat, und der Berichterstatter freut sich, seinen Rapport damit beginnen zu können, dass Hr. See nicht unterhalb seiner Aufgabe stehen geblieben, sondern dass er durch eine eben so genaue, als scharfe und klare Kritik zu einer Lösung gekommen ist, die allerdings schon von denkenden Männern vorhergesehen, aber nicht so deutlich und überzeugend in's Licht gesetzt worden ist. Hinsichtlich der Natur des Keuchhustens sind die Ansichten, die jetzt über diese Krankheit sich geltend machen, in zwei Hauptgruppen zu bringen. Der Keuchhusten ist eine Entzündung oder der Keuchhusten ist eine Neurose.

Als Entzündung wurde sie vorzugsweise in Frankreich von

Broussais dargestellt und durch dessen Autorität war diese Ansicht eine Zeit lang daselbst die herrschende gewesen. Broussais hatte den Keuchhusten für eine Bronchitis erklärt, aber es ergab sich bald bei ihm und seinen eifrigsten Anhängern, dass Bronchitis bei Kindern und Erwachsenen häufig vorkommt ohne alle charakteristische Erscheinungen des Keuchhustens, dass also ein anderes Moment hinzugedacht werden muss. Einige haben dann auch wirklich eine Bronchitis convulsiva, womit sie den Keuchhusten bezeichnen wollten, als eine zweite Form neben die Bronchitis simplex gestellt und demnach ganz absichtslos eine Neurose in die Entzündung mit hineinspielen lassen. Andere haben, und zwar bis in die neueste Zeit hinein, eine Bronchitis capillaris als die Ursache und das Wesen des Keuchhustens betrachtet; d. h. sie haben gemeint, es seien nicht eigentlich die Luftröhre und die Bronchien, auch nicht die kleineren Bronchien entzündet, sondern die allerletzten Enden derselben, nämlich die Lungenbläschen, und deshalb hielten sie die sogenannte Bronchitis capillaris oder Pneumonia catarrhalis oder vesicularis und Keuchhusten für identisch; sie betrachteten das konvulsive Element, welches im Keuchhusten den Hauptcharakter bildet, für etwas Sekundäres, durch die Kapillarentzündung der Lungen, durch die Anfüllung der Lungenbläschen mit dickem Schleime Erregtes. Indessen kam auch diese Anschauung in Konflikt mit Krankheiten, die entschieden Das waren, was hier angenommen wurde, nämlich katarrhalische Entzündung der äussersten Bronchialzweige und der Lungenbläschen, also mit dem sogenannten Catarrhus suffocativus oder Pneumonia capillaris, welche doch auf eine ganz andere Weise in die Erscheinung tritt und einen durchaus anderen Verlauf zeigt, als der Keuchhusten. Diejenigen, welche diese Krankheit nicht für Entzündung, sondern für eine Neurose erklärten, theilten sich in solche, welche darin eine einfache, nur mit einem besonderen Typus auftretende Konvulsion erkannten und daher geneigt waren, sie an den Stimmritzenkrampf, das Asthma, die Eklampsie und Epilepsie anzureihen, und in solche, welche die Neurose als die Folge einer eigenthümlichen Blutmischung, die durch ein in das Blut eingedrungenes Virus hervorgerufen sei, betrachteten, und daher die in Rede stehende Krankheit neben Pocken, Scharlach und Masern stellten. Dass dieses Alles einen grossen Einfluss auf die Behandlung hat, braucht nicht gesagt zu werden. Herr See erörtert alle diese

Punkte ganz genau. Der Keuchhusten, sagt er, bietet uns zwei Elemente dar, welche ihn mit den Katarrhen zu identifiziren scheinen, nämlich: Fieber, wenigstens im Anfange, und katarrhalischen Auswurf, aber zu diesen beiden Elementen kommt ein drittes, viel wichtigeres hinzu, das jetzt nicht mehr abgeläugnet werden kann, und das die Krankheit neben eine andere stellt, die auch katarrhalische Erscheinungen darbietet und deren Spezifizität dennoch allgemein anerkannt ist, nämlich neben die Masern, und dieses dritte Element ist die Ansteckbarkeit. Wollte Jemand die Kontagion des Keuchhustens noch läugnen, so braucht man ihm nur die grosse Zahl von Beobachtungen in Hospitälern und in der Privatpraxis vorzuhalten. Nach einer sehr genauen Analyse aller Einzelnheiten, die der Keuchhusten darbietet, bleibt Herr See bei den Masern stehen. Zu ihnen gesellt er den Keuchhusten; Masern und Keuchhusten haben öfters zusammengeherrscht und die eine Krankheit ist der anderen gefolgt, so dass sie unter dem Einflusse eines und desselben, wenn nicht identischen, wenigstens doch sehr analogen Kontagiums zu entstehen scheinen. Als Beweis für diese Identität oder Verwandtschaft beider Krankheiten führt Herr See viele Autoren an, z. B. Herrn Rilliet und auch eigene Beobachtungen. Die Zusammengehörigkeit des Keuchhustens und der Masern tritt aber noch deutlicher vor Augen, wenn man mehr in die Einzelnheiten eingeht. Der Keuchhusten hat eine Inkubationsperiode, wie die Ausschlagsfieber; nach dieser Periode manifestirt sich ein Rheuma, ein Katarrh, der erst nach einigen Tagen fieberhaft wird. Dieses Eintrittsfieber zeigt sich, wie das der Grippe, unter einem remittirenden, täglichen, tertiären oder doppelt tertiären Typus; ja bisweilen tritt eine vollständige Intermission ein, und es ist dieses ein gutes Zeichen, um das Fieber von dem Fieber der Masern zu unterscheiden, welches anhaltender ist. Nach dem katarrhalischen Stadium verliert sich das Fieber, um später wieder zu erscheinen und der Husten nimmt nun den eigenthümlichen Charakter an, der ihm die Bezeichnung „spasmodisch, konvulsiv oder nervös" verschafft hat; es ist dieses eine üble Bezeichnung, die zu vielen Irrthümern geführt hat, denn der Husten gleicht in Nichts dem Krampfhusten, wie er z. B. bei Hysterischen vorkommt. Ueberhaupt hat man durch die Hustenanfälle sich so sehr in Anspruch nehmen lassen, dass man alle übrigen Erscheinungen des Keuchhustens übersah oder vernachlässigte, und doch sind

diese Erscheinungen von Wichtigkeit für die Beurtheilung der Krankheit. Zwischen den Hustenanfällen zeigt sich oft Durchfall, Erbrechen; das Kind magert ab, verfällt wiederholentlich in Fieber und wenn man auf dieses Fieber und seine Wiederholungen genau achtet, so wird man einen gewissen regelmässigen Typus nicht verkennen. Bronchitis ist beim Keuchhusten allerdings vorhanden, aber nicht immer, besonders nicht in der zweiten Periode der Krankheit; in 60 Fällen kommt er 28 mal in dieser Periode vor. Das pfeifende oder feuchte Bronchialrasseln ist in der Hälfte der Fälle konstatirt worden und Herr See stützt sich hierbei auf die Autorität von Blache und von Rilliet und Barthez, die dennoch den Keuchhusten für eine Neurose erklären. Das sogenannte spasmodische Stadium des Keuchhustens zeigt also durchaus nicht einen reinen Spasmus und in der dritten Periode, wo der spasmodische Charakter des Hustens immer mehr zurücktritt und wieder der katarrhalische vorwaltet, findet man gewisse Krankheitsprozesse, die an analoge bei den Ausschlagsfiebern erinnern, und Herr See bezeichnet die Entwickelung der Tuberkelsucht, so wie die Gangrän des Mundes und der Vulva als solche Krankheitsprozesse. Es gibt auch noch zwei andere Punkte, welche den Keuchhusten neben die Ausschlagsfieber stellen, nämlich: die bestimmte Dauer der Krankheit und dann die Unzulänglichkeit jeder Medikation. Was die Dauer der Krankheit betrifft, so ist sie allerdings nicht genau abgegrenzt, aber auch beim Scharlach und den Masern zieht sich die Krankheit bisweilen mehr in die Länge, ehe sie vollständig abgewickelt ist, während sie in anderen Fällen rascher vorüberläuft. Es ist nicht die scharfe Zeitbegrenzung der Dauer, sondern die Festigkeit derselben, ein Ausdruck, der nur dann verständlich wird, wenn man erkannt hat, dass den Keuchhusten, wie die Masern, die Pocken und das Scharlach nichts abkürzen oder verlängern kann, und dass keine interkurrente Krankheit darauf Einfluss hat. Die Unzulänglichkeit jeder Medikation muss leider eingeräumt werden und man möchte der Ansicht sein, dass, wenn es nicht gelingt, eine Art mildes Substitut für den Keuchhusten, die Masern und das Scharlach zu finden, wie man es gegen die Pocken gefunden hat, man wohl niemals dazu gelangen wird, die Krankheit im wahren Sinne des Wortes zu heilen. Kann der Arzt aber nicht heilen, so kann er doch die Krankheit möglicherweise so leiten, dass sie zu Gunsten des Kranken abläuft, d. h. er muss sich bemühen, Gefahr

abzuwenden und den Kranken auf die beste Weise durch die spezifische Krankheit hindurch zu manövriren. Kann der Arzt aber auch das nicht, so ist seine Pflicht, dem Kranken so viel Erleichterung zu verschaffen als möglich, und alle die bis jetzt gegen den Keuchhusten gerühmten Mittel sind keine Remedien, sondern dienen nur den eben genannten Indikationen, dazu gehören die Brechmittel, das Ammoniak, die Belladonna, der Kaffeeaufguss, die Koschenill, die stärkende Landluft u. s. w. Nach allen diesen Erörterungen fühlt sich Herr See bestimmt, folgende Sätze aufzustellen:

„Wie alle spezifischen Krankheiten, hat auch der Keuchhusten eine bestimmte Dauer und einen bestimmten Verlauf; wie sie, ist er ansteckend, befällt vorzugsweise das kindliche Alter, hat eine wohl erwiesene latente oder Inkubationsperiode und ein bestimmtes Eintrittsstadium, und endlich hat er mit jenen auch das gemein, dass er in der Regel auch nur ein einziges Mal im Leben dasselbe Individuum befällt."

„Von den spezifischen Krankheiten sind es vorzugsweise die Masern, denen der Keuchhusten am nächsten steht; beide Krankheiten haben eine Inkubationsperiode von 5 bis 8 Tagen; bei beiden bezeichnet sich die Invasion der Krankheit durch Katarrh; bei beiden geht der Trieb oder die Affektion auf die Bronchialschleimhaut und erzeugt einen spezifischen Husten; der Masernhusten ist vorübergehend, hat aber einen eigenthümlichen, bellenden Ton, der ihm die Bezeichnung „Tussis ferina" verschafft hat; der eigentliche Keuchhusten dagegen tritt mit grösserer Intensität und Beharrlichkeit auf, hat aber im Grunde denselben Ton. Beim Keuchhusten sieht man keine Eruption auf der Haut, aber auch zur Zeit der Masern kommen Fälle vor, wo die Eruption fehlt. Beide Krankheiten treten mit Fieber auf, welches bei den Masern gewöhnlich, beim Keuchhusten sehr oft bis zu Ende des Leidens dauert. Lobularpneumonie ist beiden Krankheiten gemein; ebenso die Disposition zu Blutungen und zu Durchfällen. Auch die Folgen der Krankheit gleichen sich; die Masern, wie der Keuchhusten begünstigen und fördern die Entwickelung von Tuberkeln, von chronischen Katarrhen und von Verbrandungen; Hydropsieen sind bei beiden Krankheiten selten. Beide Krankheiten sind ziemlich gleichen historischen Ursprunges und die Autoren des Alterthums sprechen von beiden kein Wort. Beide Krankheiten endlich scheinen aus mehreren Elementen zusammengesetzt zu sein

und das Wesen beider mag wohl in einer und derselben spezifischen Krasis bestehen, die, wenn nicht für beide identisch, doch eine sehr grosse Verwandtschaft zeigt."

Einige Punkte, die weder Herr See, noch der Berichterstatter in Betracht zieht, verdienen doch noch erwogen zu werden. Wenn die Masern nur ein Mal im Leben befallen und wenn dieses, wie die Erfahrung so ziemlich ausser Zweifel lässt, auch in der Regel beim Keuchhusten der Fall ist, so fragt sich, ob die eine Krankheit die andere ausschliesst, d. h. ob dasjenige Individuum, welches Masern gehabt hat, in der grösseren Mehrzahl der Fälle vor dem Keuchhusten geschützt ist und umgekehrt? Würde sich dieses erweisen lassen, so wäre dieses ein wichtiges Zeugniss für die Identität beider Krankheiten; stellte sich aber das Gegentheil heraus, so würden beide Krankheiten zwei spezifisch verschiedene sein. Ein anderer Punkt ist, ob es denn wirklich erwiesen sei, dass der Keuchhusten durch nichts abgekürzt werden könne? Die Erfahrungen vieler Aerzte sprechen dagegen; will man auch dem Ammoniak und der Belladonna oder der Koschenill keine Kraft in dieser Beziehung zumessen, so hat doch nach der Wahrnehmung vieler Aerzte der Wechsel des Aufenthaltes einen entschieden günstigen Einfluss auf die Dauer der Krankheit und in neuester Zeit haben die von Joubert in Chinon (in Frankreich) und von E. Watson in England verübten Kauterisationen des Kehlkopfes grosse Aufmerksamkeit erregt. So hat Joubert von 40 Fällen von Keuchhusten 20 mit dieser Kauterisation behandelt. Von diesen 20 sind 4 in 8 Tagen geheilt, 12 in sehr bedeutendem Grade gebessert und verkürzt worden, und nur 8 Fälle widerstanden der Kauterisation und machten ihren ganzen langen Verlauf durch, gerade wie die 20 Fälle von den 40, gegen die die Kauterisation nicht angewendet ist.

Société de chirurgie in Paris.

Ueber Intrauterin-Frakturen oder angeborene Knochenbruch-Verwachsungen.

Hr. Danyau zeigt der Gesellschaft ein neugeborenes Kind, dessen rechter Unterschenkel in Folge einer Fraktur in seinem

unteren Drittel einen nach vorn vorspringenden Winkel bildet. Herr T. erkennt darin eine innerhalb des Uterus geschehene, schlecht verwachsene Fraktur. In der That ist auch noch an dem genannten Winkel des Schenkels eine gewisse Beweglichkeit vorhanden und man sieht daselbst eine Hautnarbe, welche bezeugt, dass die Bruchenden die Haut verletzt hatten. Diese Deformität ist ausserdem mit einer sehr auffallenden Verkürzung der Achillessehne verbunden; ferner fehlt an jedem Fusse der 5. Zehe und am rechten Unterschenkel fehlt die Fibula ganz. Die Mutter gibt an, während der Schwangerschaft einen Fall erlitten zu haben. Hr. T. hat ein ähnliches Beispiel früher in der Maternité gesehen; die rechte Tibia hatte in ihrem mittleren Theile eine Fraktur erlitten und war in einem nach vorn stehenden spitzen Winkel konsolidirt. Auch hier war eine Hautnarbe vorhanden, welche bezeugte, dass die Bruchenden die Haut perforirt hatten; die Achillessehne war verkürzt, es war ein Talipes valgus vorhanden und die beiden letzten Zehen fehlten; nur der grosse Zehe war isolirt; der zweite und dritte Zehe waren mit einander verwachsen; die Fibula und die beiden letzten Metatarsalknochen fehlten. Auch die Mutter dieses Kindes behauptet, während ihrer Schwangerschaft einen Unfall erlitten zu haben, der wohl im Stande war, auf die Knochen der Frucht in ihrem Leibe nachtheilig einzuwirken. Sie hatte nämlich, als sie ihrem Manne ein schweres Stück Möbel auf den Rücken aufladen half, durch die Kante dieses Möbels einen heftigen Stoss gegen den Bauch empfangen. Das Kind in ihrem Leibe, das schon ziemlich ausgebildet war, befand sich in der ersten Kopflage und sein rechter Unterschenkel lag gegen die vordere Wand des Uterus, wohin die Mutter den Stoss empfing. So würde das Zustandekommen der Fraktur sich einigermaassen erklären lassen und es frage sich nun, was bei dem vorgestellten Kinde des ersten Falles gethan werden müsse, um dessen Deformität zu beseitigen? Mehrere der Anwesenden waren der Meinung, dass bei dem vorgestellten Kinde eine unvollkommen geheilte Fraktur oder ein sogenanntes falsches Gelenk vorhanden sei, und dass ein gerade richtender Knochen nicht hinreiche, die Deformität zu beseitigen. Man müsste entweder durch Resektion oder durch Haarseil auf das falsche Gelenk wirken oder nach Geraderichtung des Gliedes mehrere Nadeln durch die Pseudarthrose durchführen. — Was die Entstehung dieser Fraktur betrifft, so glaubt ein Mitglied (Herr Broca) nicht, dass der

Stoss oder Fall, den die Mutter während der Schwangerschaft erlitten, Ursache gewesen sein könne; man müsse doch bedenken, dass das Kind im Fruchtwasser schwimme und dass, selbst wenn ganz zu Ende der Schwangerschaft der Kopf des Kindes auch gegen das Becken einen festen Stützpunkt nehme, doch der übrige Körper und namentlich die Gliedmaassen innerhalb des Uterus beweglich sind und dem leisesten Stosse ausweichen oder nachgeben können. Ausserdem ist ja die Frucht auch noch von ziemlich dicken, weichen Theilen der Mutter bedeckt und diese müssten einen ungemein traumatischen Eingriff erleiden, wenn der Stoss so gewaltig ist, dass er durch sie hindurch die doch an sich noch biegsamen Knochen der Frucht zerbrechen soll. Besonders sei dieses kaum am Unterschenkel denkbar, der sich zwischen zwei sehr beweglichen Gelenken befindet. Man dürfe sich, fügt Hr. B. hinzu, durch die Aussagen der Mutter nicht irre machen lassen; es geht damit, wie mit dem sogenannten Versehen der Schwangeren. Etwas ist immer während der 9 Monate dauernden Schwangerschaft passirt und es wird dann so lange gesucht oder in der Erinnerung nachgeholt, das die wunderbare Missgestalt des Kindes anscheinend erklären konnte. Gerade das vorgestellte Kind, so wie das andere, vom Hr. V. erwähnte, beweisen zur Genüge, dass die Fraktur durch den Stoss oder den Fall, den die Mütter angeblich erlitten haben, nicht erzeugt sei; denn es sind hier sehr bedeutende Bildungsfehler vorhanden; es fehlt die Fibula ganz; es fehlen einzelne Zehen; es sind Zehen verwachsen. Das Alles kann nicht die Folge der Fraktur sein, sondern es ist nichts weiter als eine unvollkommene Ausbildung der Knochen, woran auch die Tibia Theil genommen. Hr. Br. glaubt, dass bei beiden Kindern die Tibien gar keine festen, angewachsenen Diaphysen gebildet haben, sondern dass die Verbindung zwischen der Diaphyse und dem Schafte des Knochens unvollkommen geblieben und dass dann später durch die Kontraktion der Muskeln die Winkelstellung des Knochens erzeugt worden. — Herr T. erwidert hierauf: Dass das Fehlen der Fibula durchaus kein Grund ist, die Fraktur zu verwerfen; man könne eben das Zustandekommen der Fraktur dadurch erklären, dass, weil die Fibula fehlte, die Tibia der einwirkenden Gewalt weniger Widerstand leisten konnte und brach. Gegen Ende der Schwangerschaft ist nur wenig Fruchtwasser vorhanden und das Kind liegt oft mit seinen Theilen sehr stramm und fest gegen die Bauchwand der Mutter

und man könne wohl ein Zustandekommen der Fraktur bei letzterem durch eine äussere Gewalt sich als möglich denken. Dass Frakturen des Kindes im Mutterleibe vorkommen, ist wohl nicht zu bezweifeln. — Hr. Houelle stimmt dem letzteren Satze bei; seine anatomisch-pathologischen Untersuchungen haben das Vorkommen von Intrauterin-Frakturen ausser allen Zweifel gestellt; er habe wohl an 10 Präparate, welche diese Frakturen in allen Stadien, nämlich frisch, halbkonsolidirt und vollständig konsolidirt, deutlich nachweisen.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bdn. — Gute Originalaufsätze üb. Kinderkrankh. werden erbeten u. nach Erscheinen jedes Heftes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandl., Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journales beliebe man derselben od. den Verlegern einzusenden.

[BAND XXXIII.] ERLANGEN, NOVBR. u. DEZBR. 1854. [HEFT 5 u. 6.]

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Ueber die Cholera bei Kindern und deren Behandlung von Dr. Hervieux in Paris. *)

Nimmt man die zahlreichen Schriften durch, die bei uns zu Lande über die asiatische Cholera veröffentlicht sind, so ist man überrascht, nirgends eine umfassende Schilderung dieser Krankheit bei Kindern anzutreffen. Zerstreute Beobachtungen, einige Andeutungen über die Art und Weise, wie die Epidemie in den lediglich dem Kindesalter bestimmten Hospitälern und Instituten gewaltet hat; mehr oder minder ausgedehnte Notizen über diese Krankheit und dann in verschiedene schriftstellerische Arbeiten über die erwähnte Epidemie eingestreute Bemerkungen, das sind, in Verbindung mit einigen Thatsachen, die ich selbst zu sammeln Gelegenheit gehabt hatte, die Elemente, die ich mir zu verschaffen vermochte und die mir zur Grundlage zu dieser Arbeit gedient haben. Allerdings sind diese Elemente unvollkommen und ich habe deshalb auch keineswegs die Anmaassung, eine vollständige und umfassende Geschichte der asiatischen Cholera bei Kindern geben zu wollen.

Man wird ganz gewiss voraussetzen, dass die im vorigen Jahre hier in Paris stattgehabte Choleraepidemie die von den beiden früheren Epidemieen gewährten Data bedeutend vermehrt und uns folglich für unsere Arbeit eine breitere Basis gewährt habe. Zum Heile der Menschheit, wenn auch nicht gerade zum Heile der Wissenschaft, haben sich in der letzten Epidemie nur sehr wenige und nur vereinzelte Fälle von Cholera bei Kindern ge-

*) Union médicale.

zeigt, die uns fast nichts Neues zu den Ergebnissen aus den Jahren 1832 und 1849 hinzugefügt haben. Mein Kollege, Herr H. Roger, hat mir vor Kurzem gesagt, dass er in seiner Abtheilung des Kinderhospitales nur 2 Fälle von Cholera gehabt hat, und dass auch seinen Kollegen daselbst nur eine überaus kleine Zahl vorgekommen ist. Demnach muss ich mich damit begnügen, in meiner Darstellung auf die beiden früheren Epidemieen mich vorzugsweise zu beziehen, und indem ich danach, so genau als möglich, den Hergang der asiatischen Cholera bei Kindern darstelle, indem ich ferner die verschiedenen Heilmethoden und deren Erfolge kritisch beleuchte, hoffe ich, eine, wenn auch in wissenschaftlicher Beziehung nicht durchaus vorwurfsfreie, doch für die Praxis nützliche Arbeit zu liefern.

Aetiologie.

Der Einfluss des Alters, als eines prädisponirenden Momentes für die Cholera, ist von allen Ursachen dieser Krankheit am besten konstatirt. Im Allgemeinen kann man den Satz aufstellen, dass die Prädisposition für diese Krankheit, oder, mit anderen Worten, die Empfänglichkeit für dieselbe, im geraden Verhältnisse mit der Zahl der Jahre steht. Je älter, desto grösser im Allgemeinen die Empfänglichkeit, je jünger oder je näher der Geburt das Individuum sich befindet, desto mehr hat es die Aussicht, der Epidemie zu entgehen. Die Wahrheit dieses Satzes hat sich aus den beiden ersten Epidemieen, die hier geherrscht haben, mit Entschiedenheit ergeben. Um uns davon zu überzeugen, hätten wir nur nöthig, auf die Vorgänge in den Pariser Hospitälern im Jahre 1832 und 1849 einen Blick zu werfen. Wir würden dann sogleich erkennen, dass, während die Salpêtrière (das Hospiz für Altersschwache) nahe an 2000 Kranke geliefert, das Kinderhospital nur 150 und das Findelhaus nur 4 bis 5 Cholerakranke gehabt hat. In den dazwischen liegenden Hospitälern und Hospitien für Erwachsene schwankte die Zahl der Cholerakranken zwischen diesen beiden Extremen. Diese statistischen Resultate sind sehr merkwürdig und finden ihre Bestätigung in den während der Choleraepidemie von 1832 im 11. Pariser Stadtbezirke gewonnenen Zahlen. Es lieferte das Alter von der Geburt bis zum 15. Lebensjahre so wenig Fälle, dass sie nicht einmal notirt worden sind. Das Alter von 15 bis 30 Jahren gab 117; das von 30 bis 45 Jahren 238; das von 45 bis 60 Jahren 265; das von 60 bis 85 Jahren 341 Cholerakranke in dem genannten Bezirke. Das

wachsende Verhältniss mit dem zunehmenden Alter ist also hier höchst auffällig. Hieraus darf aber keineswegen geschlossen werden, dass die ersten Jahre des Lebens vor der Cholera vollkommen geschützt sind. Es kann die Krankheit, selbst in den ersten Tagen nach der Geburt, sich schon einstellen. Zum Beweise will ich nur folgenden Fall mittheilen:

Eine Frau wird am 25. März 1832 im Hôtel-Dieu von einem Knaben entbunden. Sie hat von da an sich immer wohl befunden, aber am 2. April zeigt das 5 Tage alte Kind plötzlich ein Kalt werden seiner Extremitäten; seine Haut bekommt eine bläuliche Farbe, heftiges Aufkreischen bezeichnet schmerzhafte Krämpfe; es zeigen sich Durchfall, Anstrengung zum Erbrechen, Kollapsus; das Antlitz wird leichenhaft, der Puls fehlt und der Tod erfolgt nach 6 Stunden. (Lancette française. 1832 p. 66.) — Baudelocque hat die Cholera bei einem 2 Monate alten Kinde gesehen. Die 4, im Jahre 1832 in der Kinderklinik von Baron beobachteten Fälle betrafen Kinder von 8, 16, 24 und 26 Monaten. Im Kinderhospitale war das Alter der von der Cholera ergriffenen 2 bis 16 Jahre und es ist fast überflüssig, hinzuzufügen, dass vom 2. bis zum 16. Lebensjahre die Zahl der Cholerakranken im Verhältnisse zu dem zunehmenden Alter sich steigerte.

Das Geschlecht scheint keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Krankheit zu haben. Von den von mir gesammelten 186 Fällen von Cholera bei Kindern betrafen 96 männliche und 90 weibliche Individuen. Dieser Unterschied ist zu gering, um darauf Gewicht zu legen.

Einen grösseren Einfluss scheint, wie wir noch später darthun werden, die Konstitution auf die Krankheit zu haben, aber mehr auf ihre Prognose, als auf ihre Häufigkeit. Allerdings waren mehrere von der Cholera ergriffene Kinder schwächlich und kachektisch, aber viele andere und zwar die Mehrzahl waren vor Eintritt der Krankheit kräftig, von guter Konstitution und vortrefflicher Gesundheit. Fast Dasselbe, jedoch mit einiger Beschränkung, ergibt sich in Bezug auf vorangegangene Krankheiten. Von der Cholera wurden Kinder ergriffen, die an Skropheln, an Lungenschwindsucht, an tuberkulöser Peritonitis und an Würmern gelitten hatten. Bei Kindern hat demnach ebensowenig, wie bei Erwachsenen, die Lungenschwindsucht einen Schutz gegen die Cholera gebildet, wie Einige geglaubt haben. Im Gegentheile schienen uns die Tuberkeln, so wie überhaupt die Skropheln bei jugendlichen Subjekten eher noch eine Prädisposition gegen die Cholera

zu bilden. Es verdient bemerkt zu werden, dass auch im Kinderhospitale die von der Cholera Befallenen alle entweder phthisisch oder skrophulös waren. Eine Affektion aber, deren Einfluss noch viel entschiedener erscheint und wofür eine grössere Zahl von Fällen spricht, ist das Wurmleiden. Von 6 an der Cholera erkrankten Kindern, die ich im Jahre 1849 behandelt habe, haben 5 mit den Durchfällen, besonders aber mit dem Erbrechen, Spulwürmer von sich gegeben. Aus einer im Jahre 1832 in der Lancette française (S. 178) veröffentlichten Notiz hat Lesage ähnliche Resultate kund gethan.

Von 5 cholerakranken und mit Brechweinstein behandelten Kindern haben drei Spulwürmer durch Erbrechen ausgeworfen. Unter Anderen hat ein 9 Jahre alter Knabe an 12 Spulwürmer von sich gegeben. In einer guten Darstellung über die Choleraepidemie von 1812 im Kinderhospitale zu Paris hatte Rufz angeführt, dass von 34 in Guersant's Abtheilung aufgenommenen Kindern 3 Spulwürmer während des Lebens ausleerten, und dass bei 4 anderen nach dem Tode solche im Darmkanale vorgefunden wurden. Das Vorhandensein von Spulwürmern im Darmkanale cholerakranker Kinder kann ganz gewiss nur als eine zufällige Nebenerscheinung angesehen werden, aber diese Koïnzidenz ist bemerkenswerth genug und ein, wie wir noch zeigen werden, für die Prophylaxis der Cholera sehr wichtiges Moment.

Es ist keineswegs unsere Absicht, hier die Frage der Kontagion der Cholera zu erörtern. Die von uns gesammelten Thatsachen sind nicht zahlreich genug zur Lösung dieser Frage, aber sie sind für dieselbe nicht ganz ohne Bedeutung. Wenn es ein Alter gibt, wo die Kontagiosität einer Krankheit am entschiedensten sich zeigt, so ist es offenbar die Kindheit. Alle Ausschlagsfieber, die meisten Hautleiden, die pseudo-membranösen Affektionen, ja selbst Krankheiten des Nervensystemes, wie z. B. der Keuchhusten, sind vorzugsweise in dieser Periode des Lebens durch Ansteckung übertragbar. Ist es ebenso mit der Cholera? Prüfen wir die Thatsachen.

Die grössere Zahl der mit der Cholera behafteten Kinder im Kinderhospitale während der Epidemie von 1832 waren von ausserhalb gekommen. Die Zahl derselben erhob sich auf mehr als 100. Während etwa 2 Monaten waren daselbst jeden Tag 10 bis 12 in Behandlung. Anfänglich hatte man einige Maassregeln ergriffen, um die Kranken zu isoliren, aber man liess sehr bald davon

nach und die cholerakranken Kinder wurden ohne Weiteres in alle Säle zugelassen. Was war die Folge? Von nahe an 600 kranken Kindern, die im Hospitale sich befanden, wurden nur 8 von der Cholera befallen, und zwar, was höchst auffallend ist, keineswegs in den Sälen, wo die von ausserhalb gekommenen cholerakranken Kinder sich befanden, sondern die 8 Fälle kamen gerade in der Abtheilung der Skrophulösen vor, nämlich in den von dem übrigen Hospitale durch einen grossen Garten getrennten Räumen. Fügen wir noch hinzu, was ganz gewiss nicht übersehen werden darf, dass das dicht an das Kinderhospital angrenzende Neckerhospital mit Cholerakranken überhäuft und von der Krankheit sehr heimgesucht war. Im Findelhause waren die 4 von der Cholera befallenen Kinder, deren wir schon gedacht haben, von den übrigen durchaus nicht getrennt, und es fand keine weitere Verbreitung der Krankheit statt. Endlich ist es nicht uninteressant, zu erfahren, dass das 2 Monate alte, von Baudelocque beobachtete, Kind während der ganzen Zeit, in der es an der Cholera litt, nicht aufhörte, an seiner Amme zu säugen, ohne dass dieser irgend ein Nachtheil daraus erwuchs. Alle diese Thatsachen weisen den Gedanken an die Ansteckungsfähigkeit der Cholera zurück, allein, da sie nur negativ sind, so würden sie doch nicht gegen positive Beweise gelten können, welche die Anhänger der Kontagionstheorie etwa vorbringen, dabei dürfen wir jedoch nicht vergessen, dass Thatsachen, welche positiv die Ansteckungsfähigkeit der Cholera beweisen sollen, einer viel strengeren Prüfung zu unterlegen sind, als die negativen, und dass zur Zeit einer heftigen Epidemie selbst die Fälle sehr viel an Werth verlieren, welche angeblich mit Bestimmtheit durch Ansteckung erzeugt seien.

Prodrome, Invasion.

Die Cholera kann die Kinder mitten in der blühendsten Gesundheit plötzlich befallen, und sofort mit allen ihren charakteristischen Erscheinungen sich manifestiren. In der grossen Mehrzahl der Fälle pflegt es jedoch nicht so zu geschehen. Meistens bezeichnen einige Vorläufer den Eintritt der Krankheit. Bei Kindern haben sich nach den von uns gesammelten Fällen folgende gezeigt: Fast immer mannigfache Störungen in den Verdauungswegen, Appetitlosigkeit, Durst, Uebelkeiten und ein Wechsel von Durchfall und Verstopfung. Da gewöhnlich die Eltern dadurch sich nicht bestimmen lassen, die Ernährungsweise der Kinder zu

unterbrochen, so folgen bald wiederholte Ausleerungen nach oben und unten und in Folge dessen ein Gefühl von Leere, so dass manche Kranke sagen, ihr Körper sei ihnen hohl wie eine Laterne. Ausser diesen Erscheinungen: dass das Kind seine Munterkeit verloren hat, dass es nicht mehr spielt, obwohl es nicht über einen Schmerz sich beklagt. Bald verliert die Zirkulation an Kraft, der kleine Kranke wird kalt, und gelingt es nicht, ihn zu erwärmen, so wird die Haut bläulich, die Gesichtszüge verändern sich und die Cholera zeigt sich vollständig ausgebildet. Die Vorläufer, die, wie gesagt, in den meisten Fällen vorhanden sind, sind, wie jeder Arzt weiss, von der grössten Wichtigkeit, denn alsdann lässt sich noch etwas thun und wenn auch durch ihre Bekämpfung die Cholera nicht immer aufgehalten wird, so wird sie doch meistens dadurch zum Guten geleitet.

Symptome.

Es ist hier nicht unsere Absicht, eine vollständige und sehr in's Einzelne gehende Geschichte aller Symptome zu liefern, die bei den von Cholera ergriffenen Kindern zu beobachten sind. Eine solche Arbeit würde viel mehr Raum fordern, als uns zusteht und auch noch den Nachtheil haben, dass eine sehr grosse Menge von Dingen aufgetischt würde, welche den Lesern durch die Schriften über die Cholera Erwachsener wohlbekannt sind. Mein Zweck ist hier nur, die Hauptzüge, wodurch sich die oben genannte Krankheit bei Kindern von der bei Erwachsenen unterscheidet, darzustellen.

1) Verdauungsapparat. Die Zunge ist gewöhnlich rein und natürlich oder mit einer geringen, weisslichen Schleimschichte überzogen. Sie ist kalt in dem algiden Stadium der Krankheit, dagegen trocken und braun bekrustet in dem Choleratyphoid. Der Appetit scheint bei den Neugeborenen während der Krankheit anzudauern. Wir erinnern an das schon genannte, ganz kleine Kind, das während der ganzen Krankheit fortfuhr zu saugen. Bei älteren Kindern dagegen fehlt der Appetit und kehrt erst mit der Genesung wieder. Bei allen kleinen Kranken ohne Ausnahme ist der Durst sehr lebhaft gewesen und es scheint, dass diesem lebhaften Durste das fortwährende Saugen der Neugeborenen während der Andauer der Cholera beizumessen ist. Das Schlucken scheint in einigen Fällen etwas erschwert zu sein. Die Kinder beklagen sich dann über Halsschmerz. Ein konstantes Symptom ist das Erbrechen, aber im Allgemeinen ist es bei Kindern lange

nicht so häufig und so reichlich, als bei Erwachsenen. Ja, bei einigen dieser kleinen Kranken behält der Magen wie ein todter Sack seinen Inhalt. Allein dieses vollständige Fehlen des Erbrechens bezeugt bereits ein sehr vorgerücktes Stadium der Cholera und pflegt gewöhnlich nur vorzukommen, wenn der Puls nicht mehr fühlbar, der Körper mit einem kalten und zähen Schweisse bedeckt und die Prostration bis zur äussersten Grenze gelangt ist. Das Erbrechen wird übrigens gewöhnlich durch Flüssigkeiten hervorgerufen, die das Kind zu sich nimmt; sie werden sofort wieder ausgeworfen, wie sie in den Magen gelangt sind, jedoch besteht der ausgebrochene Stoff nicht blos in den Getränken oder der niedergeschluckten Flüssigkeit. Die oft grünliche Farbe der erbrochenen Stoffe bezeugt das Dasein von Galle. Bisweilen sind sie nur weisslich, flockig wie dünner Grützschleim und die an Würmern leidenden Kinder brechen auch zugleich Spulwürmer mit aus.

Auch die Darmausleerungen sind bei Kindern nicht im Uebermaasse vorhanden. In der algiden Periode sind sie zahlreich, schnell sich folgend, unwillkührlich, aber gelingt es, die kleinen Kranken wieder zu erwärmen, so bleiben nicht selten die Darmausleerungen stehen, erscheinen gleichsam unterdrückt, und machen einer hartnäckigen Verstopfung Platz. In einigen Ausnahmsfällen sind die Darmausleerungen mit Tenesmus begleitet. In vielen Fällen waren die ausgeleerten Darmstoffe, wie die erbrochenen, weisslich, flockig und dem Reis- oder Grützwasser ähnlich oder vielmehr wie verdünnte Mandelmilch aussehend. Bei mehreren kleinen Kranken erschienen die Ausleerungen blutig und es fanden sich dann in den Leichen Darmgeschwüre, die sich als Quelle der Blutung ergaben. Endlich fanden sich auch bisweilen Spulwürmer in den Darmausleerungen. Fast bei allen Kindern war der Bauch schmerzhaft und eingezogen. Der geringste Druck auf den Bauch erzeugte lautes Geschrei und nur bei einer sehr kleinen Zahl waren die Bauchwände schmerzlos beim Drucke und weich. Da, wo auf diese Weise die Untersuchung des Bauches möglich war, fühlte und erzeugte man dadurch ein Gurgeln und oft bemerkte man auch Borborygmen.

2) Harnapparat. Die Harnabsonderung ist gewöhnlich unterbrochen und zwar am meisten in der algiden Periode. Gewöhnlich zeigt sie sich wieder mit der Periode der Reaktion, und man kann sie dann als ein günstiges Zeichen betrachten. Be-

merkenswerth ist in dieser Beziehung, dass bei einigen der Kinder, die der Krankheit unterlagen, der Urin bis zu Ende floss. Gewöhnlich gab der Urin des cholerakranken Kindes nach seiner Erkaltung einen flockigen, weisslichen Niederschlag und die abgeseihte, klare Flüssigkeit erlitt durch die Behandlung mit Salpetersäure keine Veränderung. Der mit derselben Säure behandelte Niederschlag zeigte sich unlöslich und wurde grünlich-braun (Baudelocque).

3) Respirationsapparat. In der grösseren Zahl der Fälle ergab die Auskultation keine Veränderung des Athmungsgeräusches und eben so wenig zeigte die Perkussion einen veränderten Ton in der Brust. Nur in den wenigen Fällen, wo eine interkurrente Pneumomie stattfand, war dieses anders. Mit Abrechnung dieser Fälle, in denen eine Lungenaffektion die Erscheinungen modifizirte, waren die Symptome denen der erwachsenen Cholerakranken ganz gleich. Zu bemerken sind folgende Erscheinungen: Der Athem war bei allen Kindern schwach, die ausgeathmete Luft kalt. Die meisten kleinen Kranken gähnten häufig, wie Rufz bemerkt hat, reckten und streckten sich, sperrten den Mund weit auf, gleichsam, um die äussere Luft einzuschlürfen, und erinnerten besonders an den Zustand der Vögel, welche unter eine Glasglocke gesetzt sind, die mit einer verdünnten oder einer mit Kohlensäure in grossem Maasse gemischten Luft gefüllt ist. Das Sinken der Stimme ist häufig bemerkt worden. Im Allgemeinen pflegen die Kinder nicht zu schreien. Nur die durch Koliken, durch Muskelkrämpfe, durch einen, auf die empfindlichen Organe etwa ausgeübten, Druck hervorgerufenen Schmerzen sind allein im Stande, ihr Schweigen zu brechen, dann kreischen sie laut auf und hierbei erst bemerkt man, dass die Stimme verändert ist. In einigen wenigen Fällen zeigte sich Dyspnoe. Es war dieses fast immer in der Reaktionsperiode der Fall. So zeigten 2 Kinder wirkliche Erstickungsanfälle; die Respiration war bei ihnen oberflächlich, abgebrochen, seufzend; sie unterlagen.

4) Zirkulationsapparat. Man hat keine Erscheinung bemerkt, die auf eine Affektion des Herzens deutete und namentlich hat man keine merkliche Veränderung der Herzgeräusche wahrgenommen, wie solche Bouchut bei Erwachsenen notirt hat. Was den Puls betrifft, so ist er nach der Aussage Aller, welche cholerakranke Kinder beobachtet haben, in der algiden Periode

stets sehr erbärmlich und fadenförmig und sehr oft ganz und gar nicht fühlbar. Letzteres ist jedoch, wie schon Mbret, Interne am Kinderhospitale, im Jahre 1832 bemerkt hat und dem ich meinen Erfahrungen nach beistimmen muss, bei kleinen Kindern selten so absolut, wie bei Erwachsenen, wenn nicht der Tod schon im Anzuge ist. Die abweichende Ansicht einer grossen Anzahl von Autoren über diesen Punkt beruht darauf, dass die Meisten nicht aufmerksam und beharrlich genug den Puls und seine Wandlung beobachtet haben. Es ist hier daran zu erinnern, dass an und für sich schon das Aufsuchen des Radialpulses bei ganz kleinen Kindern nicht ohne Schwierigkeit ist. Die geringste Bewegung des Armes, und selten pflegen die Kinder, selbst in der höchsten Prostration, ihren Arm dem Beobachter ohne Zucken zu überlassen, entzieht das Gefäss dem untersuchenden Finger. Man bedarf also, wenn man den Puls bei kleinen cholerakranken Kindern finden will, der Geduld und der Beharrlichkeit; man muss gleichsam den Moment abwarten, in welchem sie ruhig die Untersuchung zulassen. Dann wird man fast immer mehr oder minder schwache Pulsschläge da wahrnehmen, wo der Finger gar nichts fühlen konnte. Jedoch sind mir Fälle vorgekommen, wo auch bei der sorgfältigsten und wiederholtesten Untersuchung kein Radialpuls zu fühlen war. In diesen Fällen war selbst die Karotis pulslos und diese vollständige Pulslosigkeit ging dann nur kurze Zeit dem Tode voraus. Jedoch hat Herr Boudin, Interne bei Jadelot, im Jahre 1832 eines cholerakranken Kindes gedacht, dessen Puls während einer halben Stunde vollkommen unfühlbar war und bei dem dennoch die Reaktion eintrat (Gaz. méd. de Paris, 1852, II. p. 469). Die Zahl der Pulsschläge hat gewöhnlich bei Kindern zwischen 80 und 100 sich gehalten. In der algiden Periode fiel sie auf 50, und in der Zeit der Reaktion stieg sie bis auf 140.

Die Hautwärme steht so ziemlich in Harmonie mit der Thätigkeit der Zirkulation. Es ist jedoch zu bemerken, dass selbst in der Reaktionsperiode die der Luft ausgesetzten Theile mit sehr grosser Schnelligkeit kalt zu werden streben. Nimmt man, z. B. von einem solchen kleinen Kranken in diesem Stadium, den Arm hervor, um den Puls zu untersuchen, so erzeugt die dazu nöthige kurze Zeit ein sehr merkliches Kaltwerden der Theile, die unter der Bettdecke sich warm angefühlt haben. Mit Abrechnung der eigentlichen Reaktionsperiode und mit Abrechnung der kurzen

Zeit, in der dann und wann eine vorübergehende Reaktion eintritt, ist bei den kleinen Cholerakranken die Haut, besonders die des Angesichtes und die der Gliedmaassen, immerfort kalt. Die weichen Theile erlangen unter dem Einflusse dieser Kälte eine ungewöhnliche Härte, die der Hand des untersuchenden Arztes das unangenehme Gefühl gibt, als ob er sie auf Marmor legt. Man hat auch dieses Gefühl mit dem verglichen, welches die Berührung kaltblütiger Thiere erzeugt. Die Schleimhäute, so weit sie betastet werden können, so namentlich die Schleimhaut des Mundes, zeigt dieselbe Kälte, welche in der Reaktionsperiode nicht immer vollkommen verschwindet.

Die Haut zeigt bei Kindern die kyanotische Färbung niemals so deutlich, wie bei Erwachsenen. In den heftigsten Fällen bekommt das Angesicht eine erdfahle, gleichsam leichenähnliche Farbe; die Gliedmaassen infiltriren sich und werden bläulich, aber der übrige Theil der Haut behält fast die normale Farbe. Bei den meisten Kindern zeigt sich, selbst in der algiden Periode, nur eine tiefe Blässe, und so wie die wirkliche Reaktionsperiode eintritt, macht diese Blässe einer Röthung der Wangen, einer Vollheit der Augenlider, einer Art der Ermunterung der Gesichtszüge Platz, während der Puls sich hebt und die Wärme in der Haut und in den Gliedmaassen wiederkehrt.

5) Nervensystem. Die Schmerzempfindung, welche bei der Cholera der Erwachsenen eine so grosse Rolle spielt, scheint bei den Kindern viel weniger in den Vordergrund zu treten. Gewöhnlich schrieen, wie wir gesagt haben, die kleinen Kranken nicht. Dieses den Schmerz kund thuende Geschrei zeigt sich bei ihnen nur im Anfange der Krankheit, wenn heftige Koliken vorhanden sind oder wenn man, behufs der Untersuchung, auf gewisse Gegenden drückt. Nicht selten haben wir durch ein sehr mässiges Befühlen des Bauches oder der Gliedmaassen ein heftiges Aufkreischen veranlasst. Baudelocque hat 2 Kinder in der Reaktionsperiode gesehen, bei denen ein Druck auf den Verlauf der Kruralgefässe und nur auf diese einen ziemlich lebhaften Schmerz hervorrief. Die Waden oder Muskelkrämpfe sind bei Kindern ziemlich selten und dann auch nur schwach und nicht sehr schmerzhaft. Als man im Jahre 1832 im Kinderhospitale die Behandlung der Cholera begann, verschrieben alle Aerzte daselbst im Voraus verschiedene Linimente und Einreibungen, um den Eintritt dieser vermutheten schmerzhaften Krämpfe zu bekämpfen, —

aber die geringe Häufigkeit dieser Krämpfe und ihre Geringfügigkeit machte die Anwendung dieser Mittel überflüssig. Delirien kommen wohl vor, aber fast nur in der Reaktionsperiode. Was die Konvulsionen betrifft, so sind sie wohl zu erwarten, da sie in fast allen ernstlichen Krankheiten des kindlichen Alters sich einzustellen pflegen. Die meisten Neugeborenen, die von der Cholera befallen wurden, zeigten starrkrampfartige Konvulsionen, denen sie gewöhnlich unterlagen. Sie stiessen keinen Schrei aus. Bei den älteren Kindern aber zeigten sich die Konvulsionen fast nur in der Reaktionsperiode, namentlich, wenn diese mit einer gewissen Intensität auftrat. Dann zeigten sie alle Charaktere, mit denen sie in der akuten Meningitis auftreten, nämlich krampfhafte Kontraktionen der Antlitzmuskeln, der Muskeln des Rumpfes und der Gliedmaassen, Stierheit des Blickes, Erweiterung oder Verengerung der Pupillen u. s. w. In einigen Fällen zeigte sich keine andere Krampferscheinung als ein öfter wiederholtes Knirschen mit den Zähnen. Es war aber ein Aufkreischen damit nicht verbunden; mehrmals aber und besonders in der Reaktionsperiode liessen die Kinder ein lautes, scharfes Geschrei hören, das dem sogenannten hydrenkephalischen Geschrei ähnlich war.

Versterben die kleinen Kranken nicht inmitten der Konvulsionen, so verfallen sie gleich darauf in Somnolenz, in Koma und der Tod endet die Szene.

Eine nicht minder bemerkenswerthe Erscheinung, die auch dem Kindesalter besonders zuzukommen scheint, ist die Schlummersucht, der sich fast alle die kleinen von der Chlolera Ergriffenen hingeben. Es zeigt sich diese Somnolenz besonders zur Zeit des Kältestadiums. Die Neugeborenen besonders werden von einer Art Erstarrung ergriffen, die man am besten mit dem Torpor bei der sogenannten Zellgewebsverhärtung vergleicht. Wie bei dieser bleiben die Kleinen still und unbeweglich; bisweilen schreien sie, aber dann ist das Geschrei schwach, wie erstickt; auch kann man, wie bei der Zellgewebsverhärtung, ein deutliches Sinken der Temperatur der Haut und der Schleimhäute, so weit sie der Betastung zugänglich sind, konstatiren; endlich sind, wie bei der Zellgewebsverhärtung, die Gliedmaassen bläulich und ödematös. Die Schlummersucht der älteren Kinder ist nicht so anhaltend, nicht so dauernd, sondern wechselt oft mit einer durch vielfache Bewegungen charakterisirten Aufregung; die kleinen Kranken werfen sich in ihrem Bette unaufhörlich herum, sie wackeln mit dem

Kopfe, stossen die Bettdecke zurück, fahren mit den Armen und Beinen hervor und zwar gewöhnlich in der algiden Periode. Uebrigens ist es leicht, durch blosse Berührung oder auch nur durch Ansprechen die Kinder aus dieser Schlummersucht herauszubringen; denn es ist bemerkenswerth, dass bei den Kindern, deren Geisteskräfte schon beurtheilt werden konnten, diese bis zum letzten Augenblicke des Lebens ihre Klarheit und Ungetrübtheit bewahrten.

Ein Umstand, der alle Beobachter betroffen hat, ist der, dass die Veränderung der Gesichtszüge bei den an Cholera leidenden Kindern viel weniger in die Augen fallend ist, als bei Erwachsenen. Sehr schwach markirt bei den Neugeborenen, wird diese Veränderung der Gesichtszüge mit dem zunehmenden Alter immer deutlicher. Ausser der Blässe oder der fahlen Erdfarbe des Angesichtes bemerkt man eine Eingefallenheit der Wangen und der Schläfen, ein Spitzwerden der Nase und ein Einsinken der Augen, die von einem grossen bläulichen Kreise umgeben werden. Diese letzte Erscheinung ist von den Autoren sehr verschieden gedeutet worden. Einige haben sie der Retraktion oder einer Art krampfhaften Zusammenziehung der Augenmuskeln, Andere der Resorption des Zellgewebes und wieder Andere der Resorption des Serums zugeschrieben, welches im Zellgewebe der Augenlider gewöhnlich vorhanden ist. Ich will diese verschiedenen Hypothesen hier nicht erörtern; ich bemerke nur, dass das sogenannte Hohlwerden der Augen bei Kindern niemals so deutlich wird, als bei Erwachsenen. Dagegen muss ich auf die eigenthümlichen Vertiefungen und Runzeln aufmerksam machen, welche das Antlitz der kleinen Kranken dem Beobachter darbieten. Es bilden sich Falten oder Runzeln in querer Richtung auf der Stirne und in vertikaler Richtung an der Nasenwurzel. Von der inneren Kommissur der Augenlider, von den Nasenflügeln und von den Mundwinkeln gehen diese bemerkenswerthen Runzeln aus, welche Eusèbe de Salle, Underwood und Jadelot zur Unterscheidung verschiedener Kinderkrankheiten benutzten. Wie es scheint, ist es dieser eigenthümliche Gesichtsausdruck, der Herrn Rufz zu dem Ausspruche veranlasst hat, dass kein Gesicht mehr dem Choleragesichte gleicht, als das eines Kindes, welches von einer chronischen Gastro-enteritis heimgesucht ist. Die Falten an den Händen, die man so oft bei Erwachsenen notirt hat, bemerkt man jedoch bei den kleinen Kranken nicht.

Es gibt eine Krankheitsform, die ziemlich oft bei Kindern vorkommt und die auf ihr äusseres Ansehen einen grossen Einfluss haben kann; wir meinen das typhöse Fieber. Nimmt die Cholera diesen Charakter an, so treten folgende Symptome entgegen: Mehr oder minder auffallende Prostration mit Neigung zum Koma, Stupor, Stierheit oder gläserne Beschaffenheit der Augen, ungleich erweiterte Pupillen, russige Lippen, schmutzige Zähne, trockene und rissige Zunge, Gleichgültigkeit gegen Alles, was vorgeht, vollkommene Abspannung und Kollapsus. In den meisten Fällen überleben die kleinen Kranken diesen Choleratyphoid nicht.

Verlauf, Dauer, Ausgang.

Der Verlauf der asiatischen Cholera kann schnell, so zu sagen, blitzartig sein. In diesen Fällen sterben die kleinen Kranken in wenigen Stunden; sie verbleiben im algiden Stadium und können nicht erwärmt werden. Ungefähr $1/8$ der von uns gesammelten Fälle bezeichnet diesen Verlauf und man beobachtete sie besonders zu der Zeit, in der die herrschende Epidemie ihre höchste Höhe erreicht hatte und in der die Anfälle mit aller Gewalt hervortraten. In praktischer Beziehung ist es bemerkenswerth, dass es, wenn man gleich im Anfange der Krankheit gerufen wird, bei Kindern wenigstens, fast immer gelingt, eine geringe Reaktion hervorzurufen, mit welcher Intensität die Krankheit auch immer aufgetreten sein mochte. Die Kinder, die man gar nicht wieder erwärmen konnte, waren solche, bei denen die Hülfe der Kunst zu spät kam, d. h. solche, bei denen der Tod schon im Anzuge war. Im Allgemeinen dauerte bei den kleinen Cholerakranken, welche einer rationellen Behandlung unterworfen wurden, die algide Periode nicht länger als 12 bis 18 Stunden. Nur selten währte sie 24 bis 36 Stunden. Bei den Kindern, welche, entweder weil die Hülfe zu spät kam, oder auch trotz derselben in der algiden Periode starben, werden Durchfall und Erbrechen immer heftiger und häufiger, die Gesichtszüge verändern sich, die Wangen und Schläfe sinken ein, die Nase spitzt sich zu, die Augen werden hohl, die Gesichtsfarbe wird erdfahl, die Kälte der Extremitäten geht immer weiter, der Puls wird unfühlbar, der Athem wird schwerer und das Leben erlischt.

Gelingt es, eine Reaktion hervorzurufen, so manifestirt sich diese durch Wiederkehr der Hautwärme, Erhebung des Pulses, Röthung des Angesichtes, Belebung der Augen, mit zuweilen vor-

bundener Injektion der Bindehaut, eine gewisse Neigung zum Schlafe und bei sehr heftiger Reaktion durch Delirien und sehr oft auch durch Konvulsionen. Jedoch müssen wir bemerken, dass man selbst bei sehr bedeutender Hautwärme in dieser Periode bei der Untersuchung nie die brennende und beissende Hitze empfindet, welche die Kinder bei gewissen Entzündungen und anhaltenden Fiebern darzubieten pflegen. Durchfall und Erbrechen verschwinden fast gänzlich mit der algiden Periode. Die von uns gesammelten Beobachtungen lehren: 1) dass, je heftiger die Kälte gewesen, desto heftiger die Reaktion ist und desto mehr deren Folgen zu fürchten sind; 2) dass in allen Fällen die Reaktion nur langsam geschieht, und dass folglich in der Anwendung der Mittel, um sie hervorzurufen, eine grosse Beharrlichkeit nothwendig ist, und endlich 3) dass die Dauer der Reaktion in geradem Verhältnisse zur Dauer der algiden Periode einerseits und zum Alter der Kranken andererseits steht, oder mit anderen Worten, dass die Reaktionsperiode um so länger sich hinzieht, je länger die algide Periode gewesen ist und je älter die Kinder sind. Die Reaktionsperiode, die bei Kindern von 10 bis 15 Jahren, bisweilen bis zum 6., 7. oder 8. Tage der Krankheit sich hingezogen hat, erstreckte sich bei jüngeren Kindern nur selten über den 4. Tag hinaus. Gelingt es nicht, die Reaktion in gewisse Grenzen zu bannen, so führt sie die kleinen Kranken fast immer zum Tode; diese sterben dann gewöhnlich unter Krämpfen. Ist aber die herbeigeführte Reaktion gut geleitet worden, geht es zur Genesung, so erholen sich in einigen Fällen die kleinen Kranken schnell und zeigen früh einen guten Appetit. In den meisten Fällen aber verläuft die Genesung nicht so einfach und so glücklich. Viele Kinder bleiben 1, 2 bis 3 Wochen in einem Zustande von Schwäche, aus dem sie nicht leicht herausgebracht werden können; sie leiden an reichlichen Schweissen, erbrechen sich von Zeit zu Zeit, haben bisweilen etwas Durchfall, kurz sie sind in einem Zustande, den eine krankhafte Empfindlichkeit des Darmkanales darthut und grösste Schonung gebietet.

Genesung.

Die Genesung kann aber auch noch durch viel ernstere Ereignisse eine Beeinträchtigung erleiden. Die Cholera hinterlässt nicht selten sehr gefährliche Unterleibsentzündungen, welche durch rothe Gefässverzweigungen oder vereinzelte rothe Platten an verschiedenen Stellen des Darmkanales, besonders aber im Dünndarme,

und ferner durch Anschwellung und Ulceration der Peyer'schen Drüsengruppen sich charakterisiren. Diese pathologischen Veränderungen führen zu einer ganzen Reihe eigenthümlicher Erscheinungen und zuletzt nicht selten zum Tode. — Nicht selten hat sich auch, während der Genesung von der Cholera, ein Masernausschlag eingestellt und den Tod veranlasst. Dieses Eruptionsfieber hat sich nicht blos in den Kinderspitälern gezeigt, sondern auch in der Stadt, wie Herr Gudrsant zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Auch die Pneumonie müssen wir als eine von den Krankheiten anführen, die bisweilen, während der Genesung von der Cholera, die Kinder ergreift und die dann, so weit die Erfahrungen bis jetzt reichen, immer tödtlich ist.

Nach dem Berichte von Rufz wurden Kinder, die im Hospitale an der Cholera behandelt und geheilt heimgeschickt worden waren, nach einigen Tagen, an intermittirenden oder remittirenden Fiebern leidend, zurückgebracht, aber durch schwefelsaures Chinin davon befreit. Endlich gehört noch die Ophthalmie zu der Zahl der Krankheiten, die bei kleinen Kindern nach der Cholera sich zu entwickeln pflegen; sie soll bisweilen sehr rebellisch gewesen sein, hat aber nie einen ernsten Einfluss auf die Konstitution gehabt. —

Dieses sind die Krankheiten, welche bei Kindern, entweder nach Ablauf der Cholera, bald rascher, bald langsamer sich einstellen, oder schon während derselben Grund und Boden gewinnen. Sie verdienen schon darum angeführt zu werden, weil sie zeigen, wie misslich selbst die Genesung der Kinder von der Cholera ist und wie wenig man über die Krankheit gesiegt zu haben glauben darf, wenn man die Kinder in dieselbe oder gar erst in die Reaktionsperiode gebracht hat.

Komplikationen.

Man muss hier diejenigen Krankheiten unterscheiden, zu denen die Cholera hinzutritt, und diejenigen, welche zur Cholera sich hinzugesellen. Wenn auch in einer sehr grossen Zahl von Fällen die Cholera kräftige und ganz gesunde Kinder ergreift, so kommt sie doch auch bei solchen vor, die schon an anderen Krankheiten leiden. Als die Epidemie von 1832 in das Kinderspital zu Paris eindrang, waren es, was wohl bemerkt werden muss, die Kinder auf der Abtheilung der Skrophulösen, d. h. die an chronischen Krankheiten leidenden Kinder, die vorzugsweise ergriffen wurden. Von diesen Kindern hatten einige sehr ausgebildete

Skrophelleiden, nämlich Knochenentzündung, Karies, Nekrose, weisse Geschwülste, kalte Abszesse, Hautkrankheiten, Ophthalmieen, Otitis, chronische Coryza u. s. w.; andere litten deutlich an Tuberkulosis und man fand bei ihnen nach dem Tode die Tuberkeln in den Lungen, im Bauchfelle, im Darmkanale u. s. w. und wieder bei anderen fanden sich Kysten oder Lungenabszesse. Daraus ergibt sich, dass der von einigen Autoren angenommene Schutz, den die Tuberkelsucht angeblich gegen die Cholera gewähre, wenigstens bei Kindern sich nicht gezeigt hat. Bemerken wir bei dieser Gelegenheit, dass dieser Schutz, wie Duplay aus der Klinik von Rayer erwiesen hat, auch bei Erwachsenen sich keineswegs bemerklich machte.

Bemerkt man andererseits, dass die im Kinderhospitale zu Paris an akuten Krankheiten leidenden Kinder dem Einflusse der Epidemie entgangen waren, obwohl sie der Ansteckung durch das Hineinlegen der cholerakranken Kinder in ihre Säle sich ganz besonders ausgesetzt fanden, während in die Säle der Skrophelkranken, die von dem übrigen Hospitale vollkommen isolirt sind, durchaus keine von aussen kommende Cholerakranke aufgenommen wurden, so wird man zu der Annahme geneigt, dass eher die akuten Krankheiten, als die chronischen einen Schutz gegen die Cholera gewähren. Wir dürfen jedoch diesen Satz nicht eher feststellen, als bis wir eine hinlänglich grosse Zahl von Beobachtungen gesammelt haben, dass jeder Zweifel gehoben ist.

Für jetzt müssen wir uns mit der Erfahrung begnügen, dass die an chronischen Krankheiten leidenden Kinder, welche von der Cholera ergriffen wurden, alle und zwar auf sehr schnelle Weise dem Tode anheimfielen, alle, mit Ausnahme eines einzigen Falles, über den wir gleich sprechen werden, sind binnen 24 Stunden mitten in der algiden Periode gestorben, ohne dass sie für einen Augenblick erwärmt werden konnten. Der eine Fall betraf ein Kind, welches an tuberkulöser Peritonitis litt; es überstand die algide Periode der Cholera und gelangte bis zum 7. Tage; ja es war in Folge von Darmausleerungen eine merkliche Besserung eingetreten; der Bauch erschien weniger aufgetrieben, aber zuletzt erfolgte doch der Tod.

Der schnelle Verlauf der Cholera, die wirklich grauenhafte Bösartigkeit derselben, die, so zu sagen, den Organismus ganz und gar fesselt, scheint jede andere hinzukommende Krankheit auszuschliessen. Das ist aber nicht der Fall. Wir sahen Kinder

während des Verlaufes der Krankheit und namentlich in der Reaktionsperiode von Masern befallen werden. Bei anderen Kindern fanden sich die nicht weniger bedeutungsvollen Symptome der Lungenhepatisation. Und wieder bei anderen hat sich die Cholera mit mehr oder minder bedeutenden Gastro-Intestinal-Affektionen von der einfachen Entzündung des Darmkanales an bis zur Hypertrophie und Ulzeration der Peyer'schen Platten komplizirt. Im letzteren Falle kamen Darmblutungen zum Vorschein, die durch Erzeugung eines mehr oder minder anämischen Zustandes den tödtlichen Ausgang noch beeilten. Von den Konvulsionen, welche bei den Kindern in der Reaktionsperiode hervortreten, so wie von den typhösen Zufällen, die sich ebenfalls in dieser Periode nicht selten zeigen, haben wir schon gesprochen. Wir kommen darauf nicht weiter zurück und bemerken ebenfalls nur vorübergehend, dass die während der Genesung von der Cholera vorkommenden Krankheiten oder die sogenannten Folgekrankheiten derselben den hier aufgezählten gleich sind.

Prognose.

Dass die Prognose im höchsten Grade ungünstig ist, braucht kaum gesagt zu werden. Von 186 cholerakranken Kindern, deren Geschichte wir gesammelt haben, starben 96; dieses gibt eine Sterblichkeit von etwa 50 pCt. Man muss jedoch, um sich nicht in der Rechnung zu trügen, die Sterblichkeit in der Stadt von der in den Hospitälern unterscheiden. So sind z. B. von 117 im Kinderhospitale behandelten kleinen Cholerakranken 70, also mehr als die Hälfte gestorben, während von den 69 in Paris und anderen Lokalitäten vorgekommenen Privatkranken nur 25 dem Tode anheimfielen. Man darf jedoch diese sehr grosse Verschiedenheit der Mortalität nicht den Einflüssen des Hospitales allein beimessen. Man weiss einestheils sehr wohl, dass die in die Hospitäler kommenden Kinder, welche den dürftigen Klassen angehören, schon an und für sich schwächlicher konstituirt, weniger lebenskräftig sind und daher auch der ertödtenden Einwirkung der Krankheit weniger Widerstand zu leisten vermögen; anderentheils ist wohl in Betracht zu ziehen, dass die Kinder sehr oft erst in das Hospital gebracht wurden, nachdem die Krankheit einen sehr hohen Grad erreicht hatte, ja selbst, nachdem der Tod schon im Anzuge war. Demnach sind einerseits die an sich dürftige Konstitution der Kinder und andererseits die zu spät eintretende ärztliche Hülfe die Umstände, welche die grössere Sterblichkeit in den

Hospitälern mehr verschulden, als die Hospitalluft oder andere zum Hospitalaufenthalte gehörige Einflüsse.

Ein wichtiges Moment für die Prognose bildet das Alter. Wenn gesagt werden darf, dass, je jünger ein Kind ist, desto geringer seine Empfänglichkeit für die Cholera ist, so kann auch gesagt werden, dass, je jünger das von der Cholera ergriffene Kind ist, desto weniger es der Krankheit widersteht, desto früher es dem Tode anheimfällt. Fast alle von der Cholera ergriffenen Neugeborenen starben. Von da an ist die Mortalität der Cholera

vom	1. bis	2. Lebensjahre		=	10 :	12;
„	2. bis	3.	„ „	=	7 :	10;
„	3. bis	4.	„ „	=	3 :	6;
„	5. bis	10.	„ „	=	3 :	9;
und vom	15. Jahre	ungefähr		=	2 :	8.

Hiernach scheint es, wie auch schon Baudelocque bemerkt hat, dass die Aussicht zur Genesung um so grösser wird, je älter die Kinder sind. Die Erschöpfung der Konstitution, theils durch vorangegangene Noth, theils durch frühere Krankheiten, verschlimmert die Prognose bedeutend. Fast alle Kinder dieser Art sind gestorben und gewöhnlich sehr schnell. Es gibt gewisse Andeutungen, die dem Arzte für die Feststellung der Diagnose einigermaassen als Haltpunkte dienen können. So ist, wie schon bemerkt worden, die Veränderung der Gesichtszüge bei Kindern niemals so markirt, als bei Erwachsenen; jedoch, wenn die Wangen hohl werden, die Augen einsinken und die Nase sich zuspitzt, kann ein tödtlicher Ausgang mit Bestimmtheit vorausgesagt werden. Ist das Sinken der Temperatur so weit gediehen, dass selbst die Mundschleimhaut sich kalt anfühlt, so erfolgt der Tod. Hört bei den Kindern das Erbrechen auf, ohne dass die anderen Symptome sich bessern, so ist der Tod im Anzuge. Im Allgemeinen ist das Wiedererscheinen des Urines ein günstiges Zeichen, jedoch ging er bei manchen Kranken, die in der algiden Periode starben, noch bis zu Ende ab. Die oberflächliche, stossende, flache Respiration mit von Zeit zu Zeit eintretenden Erstickungsanfällen deutet auf den nahen Tod. Die Unfühlbarkeit des Pulses in der Radialarterie und in der Carotis hat, wenn sie länger als eine halbe Stunde besteht, unvermeidlich den Tod zur Folge. Die typhöse oder konvulsive Form der Reaktionsperiode der Cholera ist bei Kindern, so weit meine Beobachtungen reichen, immer tödtlich gewesen. Gleichfalls tödtlich haben sich die dieses Sta-

dium der Cholera komplizirenden Pneumonieen, Gastroenteritis und Masern erwiesen und sie brachten auch noch den Tod, wenn sie erst in die Genesungsperiode eintraten.

Phathologische Anatomie.

Wir wollen die Veränderungen der Reihe nach angeben, die wir in den drei Eingeweidehöhlen bei den an der Cholera verstorbenen Kindern gefunden haben.

a) Schädelhöhle und Rückenmarkskanal. Hierin fanden sich im Allgemeinen nur unbedeutende Veränderungen. Am auffallendsten und konstantesten war noch die Injektion der Nervenmasse und der umhüllenden Häute. Diese Injektion fand sich im Allgemeinen viel deutlicher bei den Kindern, als bei den Erwachsenen. Die Arachnoidea war zwar etwas trocken, aber sonst gesund und enthielt meistens eine sehr geringe Menge Flüssigkeit, die auch in einigen Fällen ganz fehlte. Die Gefässe der Pia mater waren gewöhnlich mit schwarzem, dickem, syrupsähnlichem Blute angefüllt. Das Gehirn zeigte beim Durchschnitte eine sehr reichliche, schwarze Punktirung, die in der weissen und in der grauen Substanz gleich gross war. Die Textur des Rückenmarkes war weiss und gesund, von derber und elastischer Beschaffenheit. Die Pia mater etwas injizirt, die Arachnoidea gesund und nur wenig Flüssigkeit enthaltend. Die Perioden der Krankheit, d. h., je nachdem der Tod in der algiden oder Reaktionsperiode erfolgt war, boten in diesen anatomischen Veränderungen keine Abweichungen dar. Nur bei einigen in der Reaktionsperiode und an Konvulsionen gestorbenen Kindern zeigte sich die Gehirnmasse etwas erweichter und bei anderen Kindern, die Darmblutungen gehabt hatten, fand sich das Gehirn mit seinen Häuten auffallend farblos.

b) Brusthöhle. Die Lungen sind im Allgemeinen gesund befunden worden. Bei den in der algiden Periode gestorbenen Kindern fand sich oft an der Basis der Lungen die sogenannte Bluthypostase. Da, wo Darmblutungen stattgefunden hatten, war die Lungentextur vollkommen farblos. Ausserdem fanden sich bisweilen Tuberkeln, Kysten und Abszesse in den Lungen. Die Herzhöhlen fanden sich immer mit einer grossen Menge schwarzen, theils flüssigen, theils geronnenen Blutes angefüllt. Es war dieses besonders mit der rechten Herzhälfte der Fall; nur in einigen wenigen Fällen, und namentlich bei Neugeborenen, war die linke Herzhälfte angefüllt und die rechte leer. Die Venen des

Herzens waren eben so, wie die Hohlvenen und die grossen Venenstämme mit schwarzem Blute angefüllt. Die innere Fläche dieser Gefässe zeigte nach sorgfältiger Abwaschung eine erdbeerartige Farbe oder eine Weinhefenfarbe, bisweilen sogar zeigte sie sich hell, oder dunkelblau. In einigen Fällen jedoch zeigten die Zirkulationsorgane dieselbe Farblosigkeit, wie alle übrigen Texturen.

c) Bauchhöhle. Hier fanden sich, wenn auch nicht die konstantesten, doch die häufigsten anatomischen Veränderungen. Der Darmkanal zeigte fast immer an verschiedenen Stellen die Spuren einer mehr oder minder deutlichen Entzündung. Gewöhnlich fand man auf der Schleimhaut des Magens eine rothe Punktirung und bisweilen eine allgemeine rosige Farbe. Im Dünndarme bildeten die Röthen bisweilen längliche Flecke, bisweilen Kreise und bisweilen wiederum sehr feine Gefässverzweigungen. Seltener fanden sich die Spuren dieser Entzündung im Dickdarme; bisweilen bot er auch rothe Stellen dar. In einigen Fällen waren die S förmige Krümmung, das Kolon und der Mastdarm, die einzig gerötheten Partieen des Darmkanales. Fast in allen Fällen waren die isolirten Darmdrüsen und die Peyer'schen Platten mehr oder minder deutlich erhaben, besonders im Dünndarme. Die genannten Platten waren nicht nur verdickt, sondern bald grau, bald etwas rosig gefärbt und, je näher dem Blinddarme zu, desto zahlreicher und grösser zeigten sie sich. Ganz analoge Veränderungen bot auch der Blinddarm dar. Bisweilen erschienen die Peyer'schen Platten auch mit einer beginnenden Ulzeration. Da, wo Darmblutungen stattgefunden hatten, fanden sich diese Ulzerationen roth, gleichsam schwammig und mit kleinen schwarzen Flecken besetzt, die von geronnenem Blute herrührten. Mehrmals fand sich die Darmschleimhaut erweicht, allein die Natur und die Menge der im Darmkanale enthaltenen Flüssigkeit schien zu dieser Erweichung in keiner ursächlichen Beziehung zu stehen. Diese Flüssigkeit war von derselben Beschaffenheit wie die, welche während des Lebens ausgeleert wurde; sie war weisslich, flockig, dem Reis- oder Grützwasser ähnlich und bisweilen mit etwas gelblicher oder grünlicher Galle gemischt. In mehreren Fällen fanden sich Spulwürmer im Darmkanale. Die Leber, gewöhnlich mit schwärzlichbraunem Blute überfüllt, hatte bisweilen das Ansehen der Fettleber. Die Gallenblase ist stets mit einer grünlichen, dicken, syrupsähnlichen Flüssigkeit angefüllt gewesen. Die Milz, von sehr dunkler Weinhefenfarbe, liess beim Durchschnitte eine

schwärzliche, syrupsähnliche Flüssigkeit, womit ihr Parenchym erfüllt war, ausschwitzen. Die Nieren zeigten sich mehr oder minder kongestiv und die Harnblase war immer leer und zusammengezogen. Der Kongestionszustand der Eingeweide, welcher eine der konstantesten anatomischen Veränderungen zu sein schien, hatte jedoch in einigen Fällen einer Anämie oder Farblosigkeit der Organe Platz gemacht, welche nicht immer durch die im Leben stattgehabten Darmblutungen erklärlich war.

Behandlung.

Wäre es nicht meine Absicht gewesen, nur die Resultate der Erfahrung und Beobachtung einfach und kurz darzustellen, sondern eine vollständige Geschichte der Cholera des kindlichen Alters zu liefern, so würde ich nicht haben unterlassen können, die gegen die Krankheit empfohlenen Schutzmittel genau durchzugehen; es würde aber dieses die Grenzen weit übersteigen, die ich mir gesetzt habe. Es sei mir daher vergönnt, über die Prophylaxis hinwegzugehen und gleich zu den Mitteln mich zu wenden, welche zur Bekämpfung der schon entwickelten Krankheit dienen können.

a) Algide Periode. Die erste Indikation, die sich hier darstellt, besteht darin, das Kind zu erwärmen. Die mehr oder minder beträchtliche Kälte, die Depression des Pulses, das Darniederliegen der Kräfte, die auffallende Hemmung der Zirkulation stellen, ganz abgesehen von dem Erbrechen, dem Durchfalle, den Muskelkrämpfen, den verschiedenen Schmerzen und der Unterdrückung des Urines, einen so überaus bedenklichen Zustand dar, dass seine Andauer das Leben zum Erlöschen bringen muss. Es muss geeilt werden, diesem Zustande entgegenzutreten und dazu sind sehr verschiedene Mittel vorgeschlagen worden. Wir wollen sie der Reihe nach durchgehen.

Im Beginne der ersten Choleraepidemie, die wir erlebt haben, also zu einer Zeit, wo die Erfahrung den Werth der verschiedenen Mittel noch nicht festgestellt hatte, wurden die meisten Kinder verschiedenen Einreibungen unterworfen. Es gab eine ganze Menge Linimente, die Ruhe verschafft hatten, so das Unger'sche Liniment, die Kamphoreinreibungen, das reizende Liniment der Engländer oder der Balsamus vitae externus, die Terpentineinreibungen, das Kantharidenliniment, die reizenden, aromatischen Fomente, die ätherischen oder ammoniakalischen Fomente u. s. w. Im Kinderspitale zu Paris wurde damals von Baudelocque und anderen Aerzten ein Liniment gebraucht, welches aus

60 Theilen Oel, mit Kampher gesättigt, 60 Theilen Kampherspiritus und 15 Theilen Kantharidentinktur zusammengesetzt war. Nach einiger Zeit wurden aber alle diese Fomente selbst von Denen verlassen, die sie bis dahin anempfohlen hatten. Die Gründe dafür waren sehr einfach. Alle Einreibungen nämlich bewirkten höchstens eine Erhöhung der Temperatur in dem Theile des Körpers, auf den gerade gewirkt wurde; allein leider verloren die anderen Theile, welche behufs der Einreibung mit entblösst werden mussten, desto mehr an Wärmestoff, so dass, was man an einem Punkte gewann, man am anderen einbüsste, und bald zeigte sich der Nachtheil so auffallend, dass durch diese Einreibungen der tödtliche Ausgang eher beschleunigt, als aufgehalten wurde. In der Hospitalpraxis waren diese Einreibungen jedenfalls nicht anwendbar, weil nicht Hände genug dazu vorhanden waren, aber auch aus der Privatpraxis sind sie zu verbannen. Sie dienten nicht nur dazu, die Temperatur des Körpers zu erhöhen, sondern auch die Muskelkrämpfe zu mildern. Letztere sind aber bei Kindern sehr selten und dann nur sehr unbedeutend. Jadelot hatte sich eine Zeit lang von den Reibungen mit Eisstücken viel versprochen, allein von 5 damit behandelten Kindern waren 4 davon gestorben.

Die Dampfbäder schienen als ein mächtiges Mittel zur Erwärmung der kleinen Cholerakranken dienen zu können; Guersant, der Vater, und Baudelocque haben zu ihnen ihre Zuflucht genommen, aber gaben sie bald wieder auf. Es wurde mittelst eines an das Bett gestellten Apparates Dampf unter die Bettdecke geleitet, allein da sich diese, so wie die übrigen Theile des Bettes bald mit Feuchtigkeit schwängerten, und folglich immer wieder durch trokene erneuert werden mussten, so trat eine Abkühlung der Kranken ein, die das wenige Gute, das bis dahin bewirkt worden, aufhoben. Die Anwendung des heissen Dampfes ist gewöhnlich sehr schwierig und verzögert sich meistens über die Gebühr, weil das Nothwendige dazu nicht schnell genug herbeigeschafft werden kann. Schnelligkeit in dieser Beziehung ist aber bei der Cholera von der höchsten Wichtigkeit; denn, je früher die Krankheit angegriffen wird, desto eher ist Aussicht zur Heilung vorhanden. Die einfachen heissen Bäder, die sehr natürlich empfohlen werden konnten, haben dieselben Nachtheile wie die Dampfbäder; ihre Bereitung und Anwendung erfordert eine grosse Zeit, deren Verlust unersetzlich ist; sie veranlassen Erkältung, wenn endlich die Kranken aus dem Bade genommen

werden müssen, und will man sie anwenden, so müssten sie von langer Dauer sein und ihre Temperatur müsste, wie es Guersant, der Vater, gethan hat, von 27 bis auf 34° C. allmählig gesteigert werden.

Die kalten Bäder sind für kleine cholerakranke Kinder auch empfohlen worden. Pigeaux hat einen Fall bekannt gemacht, wo ein 6 bis 7 Jahre alter Knabe, der, von der Cholera ergriffen, fast schon leblos war, in ein Bad von 14° gesenkt wurde. Nachdem er 5 Minuten im Wasser gerieben worden war, stellte sich die Respiration wieder ein, die Brust hob sich, die Nasenflügel bewegten sich und die Augen bekamen wieder etwas Glanz. Nach 15 Minuten steigerte man die Temperatur des Bades bis auf 22°, aber die Respiration wurde wieder beschwerlich und hörte nach einigen Minuten ganz auf. Anspritzen des Angesichtes mit etwas Wasser belebte noch einmal auf kurze Zeit die Respiration und als man voller Hoffnung das Kind aus dem Bade herausnehmen wollte, war es todt. Man könnte glauben, dass in diesem Falle das kalte Wasser die Wirkung hatte, bei einem schon sterbenden Kinde die fast gänzlich vernichteten Lebensverrichtungen des Körpers auf einen Augenblick wieder herzustellen; in der That bestand die Wirkung nur in einem dem Organismus gegebenen heftigen Anreize. Der therapeutische Werth der kalten Bäder scheint mir bei der Cholera durch dieses Faktum noch nicht entschieden zu sein; ich glaube aber, dass man sich davon nichts versprechen kann; wenigstens haben die von mir im Kinderspitale vorgenommenen Versuche sehr wenig befriedigt. Es wurden drei cholerakranke Kinder 4 bis 5 Minuten mit kalten Uebergiessungen von 15° C. behandelt, der Tod aber dadurch nicht aufgehalten.

Die Mittel, die uns noch am meisten geleistet haben und die auch das meiste Vertrauen verdienen, sind solche, welche am besten geeignet sind, die Wiedererwärmung bei den kleinen Cholerakranken zu bewirken. Diese Mittel, die im Bereiche Jedermanns stehen, sind:

1) Einwickelung des von der Cholera ergriffenen Kindes in sehr dicke und vorher erwärmte, wollene Decken, und vor dieser Einwickelung ist es gut, die Beine des Kindes noch besonders mit heissen Servietten zu umhüllen; 2) Kruken oder Wärmflaschen, mit heissem Wasser gefüllt, werden zwischen und längs den Beinen gelegt und Hr. Guersant lässt ausserdem noch eine grosse Wärmflasche füllen, mit der er über die eingewickelten kleinen

Kranken immer hin- und herfahren lässt. Im Nothfalle kann man auch Plätt- und Bügeleisen oder heisse Bolzen zu diesem Zwecke benützen. Man sieht, es sind dieses Dinge, die Jeder sich schnell beschaffen kann und die auch für Erwachsene, die von der Cholera ergriffen werden, von grossem Nutzen sind. Sollen sie helfen, so müssen sie aber sehr schnell angewendet werden. Jadelot hat auch Kissen, mit heisser Kleie gefüllt, auf die Magengegend legen lassen. Man kann auch Kissen, mit heissem Sande gefüllt, oder Kissen, mit heissem Salze gefüllt, dazu nehmen. Senfteige kann man auch im Anfange der Krankheit anwenden. Baudelocque hat auch zu Lungenräucherungen, die von Richard empfohlen wurden, seine Zuflucht genommen. Leider sind die Kinder nur wenig dazu zu bewegen, und in mehreren Fällen schien das Erbrechen unter dem Einflusse dieses Mittels zuzunehmen und nöthigte, davon abzustehen.

Was die verschiedenen Getränke betrifft, die man in der algiden Periode der Cholera empfohlen hat, so hat die Erfahrung auch bereits über sie abgeurtheilt. In der ersten Epidemie verordneten die Aerzte des Kinderspitales den kleinen Kranken heisse Getränke, namentlich Lindenblüthenthee, Chamillenthee und gewöhnlichen Thee, sogar etwas mit Rum oder Alkohol oder Franzbranntwein versetzt. Diese Getränke aber waren meistens den Kindern zuwider und steigerten die Häufigkeit und Intensität des Erbrechens ungemein. Man liess sie deshalb bald fort und ersetzte sie durch einfaches oder mit etwas Schwefelsäure oder Weinsteinsäure versetztes Gummiwasser, (Guersant, der Vater), oder durch gewöhnliches mit etwas Wein versetztes Wasser (Baudelocque) oder durch dünne Salepabkochungen (Jadelot) u. s. w. Diese Getränke wurden ohne Ausnahme kalt gegeben, welche im Allgemeinen besser ertragen wurden und weniger Erbrechen erregten. Selterserwasser hat nichts genützt und wurde bald beseitigt. Eis, in kleinen Stücken den Kindern in den Mund gesteckt, zeigte sich sehr vortheilhaft; es schien den kleinen Kranken sehr zu behagen, beschwichtigte den brennenden Durst und mässigte zugleich das Erbrechen. Es wurde seitdem im Kinderspitale allgemein üblich. Ich habe es auch bei den von der Cholera ergriffenen Kindern so überaus nützlich gefunden, dass ich dieses einfache Mittel der Aufmerksamkeit der Aerzte nicht genug empfehlen kann.

Die in der ersten Epidemie der Cholera verordneten Mixturen

haben fast dasselbe Schicksal gehabt, als die Getränke. Es wurden viele Gummimischungen, mit Chinasyrup, Schwefeläther, essigsaurem Ammoniak, Opiatsyrup, Pfeffermünzwasser und anderen aromatischen Wassern verbunden, verordnet, aber sie nützten alle nichts; ebensowenig leisteten die Potio Riverii und andere alkalische Mischungen.

Was in der algiden Periode noch am besten gethan und den Kindern am meisten gefallen hat, ist Malagawein zu einem Kaffeelöffel voll halbstündlich. Dieses Mittel begünstigt die Reaktion, regt nicht zum Erbrechen an und hat für die Reaktionsperiode keinen Nachtheil. Was die Opiate betrifft, so lässt sich denken, dass sie in der algiden Periode sehr viel angewendet worden sind, aber gerade die Aerzte, die sich anfänglich am meisten davon versprochen, haben sie später entweder ganz aufgegeben, oder sind in ihrer Anwendung sehr vorsichtig geworden. So hatte Guersant, der Vater, Laudanum innerlich und in Klystiren gegeben, um Erbrechen und Durchfall aufzuhalten, allein er hat später darin vollkommen nachgelassen. Bonneau gab opiumhaltige Klystire bei übermässigem Durchfalle, aber Baudelocque wollte nichts von ihnen wissen, sondern gab kleine, erweichende Klystire aus einer Abkochung der Altheewurzel mit Mohnköpfen. Jadelot benutzte Klystire aus Kleienwasser mit Zusatz von einigen Tropfen Weinessig, kalt oder warm, je nach Umständen, und Guersant gab zuletzt Halbklystiren aus Chinarindenabkochung den Vorzug. Entschieden verwerflich in der algiden Periode bei Kindern sind die antiphlogistischen Mittel. Mehrmals ist ein Aderlass versucht worden; um den Gefahren zu begegnen, die man von der übermässigen Reaktion fürchtete, allein der Tod folgte in jedem dieser Fälle. Die ableitenden Mittel haben in der algiden Periode der Krankheit sich nicht so ungünstig erwiesen. Grosse Blasenpflaster auf das Epigastrium gelegt, hatten einige Male den Erfolg, das Erbrechen aufzuhalten (Guersant). Das Glüheisen wurde bei einem kleinen Mädchen, welches durch die gewöhnlichen Mittel nicht erwärmt werden konnte, auf den inneren und unteren Theil der Oberschenkel angewendet; es erregte eine ziemlich lebhafte Reaktion, allein die Kleine starb am elften Tage der Krankheit (Bonneau). Im Allgemeinen also hat das Revulsivverfahren nicht sehr viel genützt und muss, wie das antiphlogistische Verfahren, für die Reaktionsperiode aufgespart werden, wo beide unter Umständen von grossem Werthe sind.

Das ausleerende Verfahren hat sich bei hartnäckigem Erbrechen und Durchfall oft sehr nützlich erwiesen. Lesage in Sevres hat 5 Fälle bekannt gemacht (Gaz. des Hôpitaux, 2. Juin 1832), wo die cholerakranken Kinder mit Brechweinstein behandelt wurden; 4 von diesen Kindern sind durchgekommen. Der Brechweinstein wurde anfänglich zu 5 Centigrammen (etwa $^{1}/_{8}$ Gran) in einem Glase Wasser gegeben und täglich in derselben Dosis in grosser Verdünnung fortgesetzt. Jadelot hat in sehr ernsten Fällen mit Kälte der Extremitäten, kleinem und unfühlbarem Pulse u. s. w. die Ipekakuanha zu einigen Granen angewendet; in mehreren Fällen soll dieses Mittel das Erbrechen zum Stillstande gebracht und Reaktion bewirkt haben. Baudelocque gab die genannte Wurzel zu 40 bis 60 Centigrammen alle 10 Minuten und suchte durch vieles Wasser das Erbrechen zu begünstigen. In der Stadt will er mehrmals Erfolg davon gesehen haben, aber im Hospitale hat dieses Verfahren nichts geleistet; die drei auf diese Weise behandelten Kinder starben; bei einem drang die Flüssigkeit in die Luftwege und erregte einen Erstickungsanfall, worin das Kind todt blieb. Seitdem hat Baudelocque diesem Verfahren entsagt und es lässt sich auch schwer begreifen, wie in einer Krankheit, wo es vor Allem darauf ankommt, den das Leben tief herabsetzenden Zufällen schnell einen Halt zu gebieten, Mittel von Nutzen sein können, welche die Kräfte noch mehr in Anspruch nehmen, den Puls deprimiren und die Temperatur des Körpers noch mehr herabsetzen. — Viel besser als die Brechmittel haben sich noch die Purganzen erwiesen. Sie haben Anfangs den Durchfall vermehrt, aber nicht selten die reiswasserähnlichen Ausleerungen in konsistentere und mehr gefärbte umgewandelt. Baudelocque und Jadelot haben den kleinen Cholerakranken schwefelsaures Natron zu 30 bis 45 Grammen, in 150 bis 200 Grammen Chamillenwasser aufgelöst, verordnet und davon alle 5 Minuten einen Esslöffel voll gegeben. Der Erfolg war ein sehr guter; von 8 auf diese Weise behandelten Kindern sind 6 geheilt worden. Das Kalomel, stündlich zu 10 Centigrammen angewendet, hat keine Wirkung gehabt; die damit behandelten Kinder sind alle gestorben. Das Ricinusöl hatte, wo es nicht ausgebrochen wurde, dieselbe Wirkung, wie das schwefelsaure Natron; es modifizirte die Beschaffenheit und die Zahl der Durchfälle; die kleinen Kinder nehmen es mit weniger Widerwillen, als die mineralischen Abführmittel. In einigen

Fällen, wo ich das Ricinusöl versucht habe, hatte es sich mir sehr nützlich erwiesen.

b) Reaktionsperiode.

Ist die Reaktion, die, wenn die genannten Mittel richtig und frühzeitig genug angewendet werden, nicht ausbleibt, eingetreten, so müssen die Anstrengungen dahin gerichtet sein, den gewöhnlich tödtlichen Folgen, die das Uebermaass dieser Reaktion bei Kindern mit sich führt, zu begegnen. Die alsdann zu verordnenden Getränke sind Reiswasser, Salepschleim, einfaches oder mit etwas Schwefel oder Weinsteinsäure gesäuertes Gummiwasser. Da, wo das Erbrechen noch andauert, müssen diese Getränke kalt gegeben werden, während man zugleich kleine Stücke Eis den Kranken in den Mund schiebt. Wichtig in der Reaktionsperiode sind die Blutentziehungen, aber sie müssen mit grosser Vorsicht angewendet werden. Ein Aderlass am Arme ist von sehr zweifelhafter Wirkung, wenn es darauf ankommt, die Intensität der Reaktion zu mässigen und die durch sie herbeigeführten Gehirnzufälle zu verhüten. In den Fällen, wo ein solcher vorbeugender Aderlass zu einer Zeit angewendet wurde, als der Puls sich zu heben begann und bevor die kleinen Kranken vollständig erwärmt worden waren, hatte immer eine sehr lebhafte Reaktion zur Folge, die sich durch Konvulsionen kundthat, innerhalb deren der Tod eintrat. Weniger gefährlich erwies sich der Aderlass am Arme, wenn die Reaktion schon vollständig hergestellt war. So starben von 9 cholerakranken Kindern, denen Baudelocque in voller Reaktionsperiode 2 Tassen Blut entzog, nur 5, aber 3 waren kurze Zeit nach der Blutentziehung durch eingetretene Gehirnzufälle dahingerafft worden. Bei einem Kinde öffnete B. sogar die Schläfearterie, aber es kam kein Blut und das Kind starb. Guersant, der Vater, hat nur in dem Choleratyphoid Aderlässe versucht, aber den Tod dadurch nicht aufgehalten. Diese Resultate sind weniger ermuthigend, und wenn sie auch den Aderlass in der Reaktionsperiode nicht ganz zurückweisen dürfen, so müssen sie doch zur äussersten Vorsicht und Mässigung anmahnen.

Weniger gefährlich erscheinen die örtlichen Blutentziehungen; gegen die Leibschmerzen wurden Blutegel um den Nabel und auf das Epigastrium und gegen die Gehirnzufälle an den Hals und an die Mastoïdfortsätze angesetzt. Bei sehr heftiger Reaktion hat Guersant 5 bis 6 Mal, je nach Umständen 4, 6, 8 bis 12 Blutegel angesetzt. Im Allgemeinen haben sie sich ziemlich

nützlich erwiesen, wie besonders 3 von Rufz bekannt gemachte Fälle darzuthun scheinen. Was die Revulsivmittel in der Reaktionsperiode betrifft, so haben sich kampherhaltige Blasenpflaster an die Waden zur Mässigung der Reaktion oft sehr nützlich erwiesen. Baudelocque liess auch reizende Einreibungen in den Nacken machen und in einigen desperaten Fällen applizirten Guersant und Jadelot Blasenpflaster in den Nacken und auf die abgeschorene Kopfhaut, allein der Tod blieb in diesen Fällen nicht aus und, da sie an sich sehr intensiv waren, so lässt sich daraus noch nichts aus dem Werthe dieser Mittel schliessen. Auch die Moxen hat Guersant, der Vater, bei kleinen Cholerakranken versucht, kann sie aber nicht loben; in mehreren Fällen folgte ihnen gewaltige Aufregung und Delirium, welche bald einer grossen Prostration Platz machte, die tödtlich ablief. Das Glüheisen, auf die innere Fläche der Oberschenkel angewendet, hatte keinen besseren Nutzen; alle damit behandelten Kinder sind gestorben. Demnach verdienen von allen Revulsivmitteln noch die Blasenpflaster auf das Epigastrium die meiste Anerkennung; sie dienen meistens dazu, das Erbrechen aufzuhalten, ohne die Schwäche herbeizuführen, welche Blutegel im Gefolge haben und haben ausserdem noch den Nutzen, die Somnolenz zu bekämpfen, in welche die kleinen Kranken so oft versinken.

Die Genesung von der Cholera, die bei Erwachsenen oft so schwierig und langweilig ist, geschieht bei Kindern meistens ziemlich schnell. Kaum sind bei ihnen die heftigsten Zufälle verschwunden, so zeigen sie schon Lust zum Essen. Es versteht sich von selbst, dass die grösste Vorsicht dabei beobachtet werden muss; Erbrechen und Durchfall müssen erst gänzlich aufgehört haben und auch jedes andere üble Symptom muss verschwunden sein. Man muss dann den Kindern immer noch kaltes, schleimiges Getränk in mässigen Mengen reichen und nach und nach ihnen Brühen oder Suppen, die leicht gekocht sind, gewähren. Erst, wenn diese gut vertragen werden, gibt man den Kindern kräftigere Nahrung; denn es ist dieses der einzige Weg, nicht nur Rückfälle, sondern auch den Eintritt gefährlicher Nachkrankheiten zu verhüten.

Beiträge zur Lehre von den Gehirnkrankheiten der Kinder, von W. Hughes Willshire M. D., Arzt an der k. Kinderpflegeanstalt in London.

(Siehe dieses Journal, März und April 1854, S. 192.)

8) **Abszess des kleinen Gehirnes und einige andere Erkrankungen desselben.** Ein kleines Mädchen, 3 Monate alt, blond, von skrophulösem Ansehen, wurde am 22. September in die Pflegeanstalt gebracht. Nach Aussage der Mutter war das Kind zwei Tage vorher plötzlich krank geworden. Es habe nämlich plötzlich einen Anfall bekommen, welcher durch einen wilden Blick, ein Rollen mit den Augen, und einige Schwierigkeit beim Athmen sich kund gethan habe. Es wurde ein Blutegel auf die Brust gesetzt, welcher zwar die Wirkung hatte, das Athmen zu erleichtern, aber es blieb eine Steifigkeit im Nacken zurück und eine Neigung, den Kopf hinten über zu halten. In der That hatte das Kind, als ich es zuerst sah, den Kopf ziemlich steif hinten übergezogen; der Mund stand halb offen, als wenn durch eine krankhafte Thätigkeit der die Mundwinkel herabziehenden Muskeln der Kreismuskel gehindert wäre, den Mund zu schliessen. Die Finger waren stark nach innen gezogen und die Daumen fest eingeschlagen. Die Schädelknochen erschienen in ihren Nähten nicht lose zu sein; auch lag das Hinterhauptbein gehörig an die Seitenwandbeine an und überragte sie weder, noch schob es sich unter sie. Die vordere Fontanelle war nicht erhaben. Die Athmung war eigenthümlich, und nicht leicht zu beschreiben; während einiger Sekunden schien sie nämlich plötzlich still zu stehen, dann aber hob sie sich wieder, gleichsam wie durch eine Willenseinwirkung des Kindes angeregt, zu schnellen Athemzügen, die einige Sekunden andauerten und dann erst gleichförmiger wurden, bis wieder ein Stillstand eintrat. Ein gellendes Aufkreischen beim Athmen oder Konvulsionen sind nicht bemerkt worden, aber das Kind stierte in sonderbarer Weise um sich und schlief nach Aussage der Mutter in der Nacht kaum eine Stunde. Oft hörte man das Kind wimmern und tief stöhnen, und nur mit Schwierigkeit konnte es saugen. Erbrechen war nicht vorhanden und Darmausleerungen fanden 1 bis 2 Mal in 24 Stunden Statt. Die Mutter hat 5 Kinder gehabt, die anscheinend alle gesund waren, und sie glaubte, dass das gegen-

wärtige kranke Kind etwas zu frühe geboren worden sei; das Aussehen des Kindes schien diese Vermuthung zu bestätigen. Die Behandlung bestand vorzugsweise in Blutegeln an die Schläfe, Blasenpflaster hinter die Ohren, innerlich in Abführmitteln und Salzen. Die Kleine blieb in dem erwähnten Zustande, ungeachtet aller dieser Mittel, sechs Tage lang ziemlich unverändert. Am 6. Tage sah ich das Kind zum ersten Male und bald, nachdem ich es gesehen hatte, verfiel es in Konvulsionen, die mit einem schwachen Aufkreischen verbunden waren. Am 7. Tage erschien es fast in demselben Zustande, wie zuvor, nur sah es bleicher aus und man bemerkte eine zitternde Bewegung des Unterkiefers. Es wurde jetzt ein Blasenpflaster hoch oben in den Nacken gelegt und die dadurch entblöste Hautstelle mit Unguentum Sabinae offen gehalten; ausserdem alle 2 Stunden $^1/_2$ gr. Kalomel gegeben. Es schien darauf einige Besserung zu folgen. Am 3. Oktober wurde wirklich Besserung des Kindes notirt; seit zwei Tagen hatten sich keine Krämpfe gezeigt, der Nacken war weniger steif, der Kopf weniger hinten übergebogen; das Kind nahm begieriger die Brust und schien sich behaglicher zu fühlen. Man gab nun $^1/_2$ gr. Kalomel alle 4, später alle 6 und noch später alle 8 Stunden, und vom 6. Oktober an wurde Leberthran verordnet, um der Abmagerung des Kindes entgegenzuwirken. Am 9. aber wurde das Kind wieder kränker; es war unruhig, rollte den Kopf von einer Seite zur anderen, erbrach sich, aber litt nicht an Verstopfung. Am 10. traten Konvulsionen ein; der Kopf wurde dabei hin und hergestossen oder rollte pausenweise von einer Seite zur anderen; die Augen bekamen wieder den eigenthümlich stieren Blick; der Nacken wurde steif und der Kopf wieder hinten übergezogen. Nachmittags an demselben Tage wurde es klar, dass das Kind nicht sehen konnte, was schon einige Zeit vorher vermuthet war, und gegen Abend schloss der Tod die Szene.

Die Leichenschau, die 40 Stunden nach dem Tode vorgenommen, ergab Folgendes: Körper sehr abgemagert; Finger und Zehen stark nach innen gekrümmt; Schädelknochen dünn, jedoch nicht so, dass sie mit der Scheere durchschnitten werden konnten; die Hirnhäute etwas kongestiv. Auf der Konvexität des Gehirnes hier und da in den Furchen und längs des Verlaufes eines oder zweier Gefässe etwas gelbliche, halb eiterige Materie. Längs dem Rande der Hemisphären keine Granulationen.

Die Gehirnsubstanz fühlte sich weich an. Bei dem Versuche, das Gehirn aus dem Schädel herauszunehmen, gab die Substanz des ersteren vor dem Einschneiden in die Hirnhöhlen nach, durchriss in Folge seiner Weichheit und liess an zwei Unzen einer grünen, serös-purulenten Flüssigkeit anscheinend aus dem Rückenmarkskanale ausfliessen; es geschah dieses, während das Gehirn ein wenig bei Seite geschoben war, um es von der Medulla oblongata abzutrennen. Erst nach Entfernung des Gehirnes aus dem Schädel erkannten wir, dass die grössere Menge dieser Flüssigkeit aus einem Abszesse im kleinen Gehirne ausgeflossen war, welches in seiner Mitte ausgehöhlt war und noch etwas hellgrünlichen Eiters enthielt. Das verlängerte Mark war an seiner vorderen Fläche erweicht und rauh, als wenn eine Eitermaterie darauf gelagert hätte. Die Abszesshöhle des kleinen Gehirnes schien uns von einer dünnen Haut bekleidet zu sein. Indem wir die Gehirnmasse in dünnen Scheiben wegschnitten, um von oben nach unten in die Gehirnhöhlen zu gelangen, trafen wir auf einen grünlichen Eiter, der in jeder Höhle etwa 3 Unzen betragen haben mochte. Die auskleidende Haut der Gehirnhöhlen war verdickt und sehr gefässreich; die Choroid-Plexus waren verdickt, durch Lymphe fest verklebt und mit einer falschen Membran bedeckt, welche mit der Pinzette leicht abgehoben werden konnte. Das Rückenmark war, so weit es untersucht wurde, nämlich in seinem Hals- und oberen Rückentheile, gesund; es fand sich weder Erguss, noch Ausschwitzung daselbst; auch war es nicht im Geringsten erweicht. Die Rückenmarkshäute zeigten etwas Kongestion, aber, wie es schien, in Folge kadaverischer Hypostase. Die Lungen waren ohne Tuberkelablagerung.

Ich kenne keinen Fall von Abszess des kleinen Gehirnes in einem so frühen Alter. Mauthner in Wien erzählt einen Fall von „Cerebellitis", wie er die Krankheit nannte, bei einem 4 Jahre alten Knaben, und Abercrombie berichtet von einem Abszesse in der Medulla oblongata da, wo sie von der Varolsbrücke gekreuzt wird, bei einem 16 Monate alten Kinde. Die Verbindung eines Abszesses innerhalb des kleinen Gehirnes mit Eiterergiessung in die Hirnhöhlen, das Fehlen jeder auffallenden Veränderung an der Konvexität des Gehirnes, die Abwesenheit jeder Granulation oder Tuberkelablagerung in irgend einem der untersuchten Organe, sind im höchsten Grade bemerkenswerth. Die Steifigkeit der Nackenmuskeln mit Rückbeugung des Kopfes,

der eigenthümlich stiere Blick und das auffallende Offenstehen des Mundes waren für mich sehr charakteristische Erscheinungen, während den Angehörigen des Kindes mehr das Hin- und Herrollen des Kopfes und die Konvulsionen auffielen. Ich gestehe, dass meine Diagnose nicht ganz den in der Leiche gefundenen Erscheinungen entsprach. Ich hielt das Gehirn und die Hirnhöhlen nicht für affizirt, sondern glaubte, dass der obere Theil des Rückenmarkes oder dessen Häute der Sitz der Krankheit seien, und dass die Basis des Gehirnes dabei in's Spiel gezogen worden. An das kleine Gehirn dachte ich nicht besonders. Hätte das Kind vom Anfange an und bis ich es sah, mehr Fieber gehabt, so würde ich vielleicht auf den Gedanken gekommen sein, dass ich blos einen Fall von Febris remittens vor mir habe, wobei eine solche Affektion des Nackens und des oberen Theiles der Wirbelsäule von Heberden, Underwood, Joy und von mir selbst in bedeutendem Grade angetroffen worden ist; aber das gänzliche Fehlen des Fiebers, die Stierheit, die Erscheinungen um den Mund, der eigenthümliche Angstausdruck im Gesichte zugleich mit der Einkrümmung der Zehen und Finger standen dieser Diagnose entgegen. Die opisthotonischen Erscheinungen und die Affektion des Mundes führten mich auf das Rückenmark. Ich dachte dabei an den eigenthümlichen Blick und die Kontraktion des Mundes, welche von Verson und Mauthner als diagnostische Zeichen des Trismus der Neugeborenen anerkannt und mit apoplektischen Zuständen des Rückenmarkes und seiner Häute in Verbindung gebracht worden sind (West, Weber). Was die Steifigkeit der Nackenmuskeln in gewissen Fällen vom remittirenden Fieber betrifft, so habe ich dafür noch keine genügende Erklärung; besonders ist mir dabei das Rückwärtsbeugen des Kopfes merkwürdig und es entsteht wirklich die Frage, ob in solchen Fällen, wo die letztgenannte Erscheinung sich kund thut, nicht ein symptomatisches oder Reaktionsfieber für ein primäres oder idiopathisches gehalten worden ist? Mit anderen Worten, es entsteht die Frage, ob nicht in solchen Fällen von Febris remittens die Basis des Gehirnes oder der obere Theil des Rückenmarkes primär, wenn auch vorübergehend (vielleicht rheumatisch), ergriffen gewesen, und ob nicht das Fieber dann hinzugekommen ist, statt die Fälle für Febris remittens mit Rheumatismus der Nackenmuskeln zu halten? Fänden sich dergleichen Fälle von Febris remittens mit Steifigkeit der Nackenmuskeln und Rückbeugung des Kopfes zu

einer und derselben Zeit, z. B. in einer und derselben Epidemie, gewöhnlich zusammen, so würde die eben ausgesprochene Ansicht sehr viel für sich haben. Eine genaue Prüfung der interessanten Mittheilungen von Derby und Mayne über die epidemische Cerebro-Spinalmeningitis bei Kindern in Irland; ferner die Vergleichung der Beobachtungen von Mistler über eine zu Schleestädt (Elsass) vorhanden gewesene Epidemie und besonders der Abhandlungen von Ames (Nordamerika) über eine eben solche Epidemie bei Erwachsenen wird uns geneigt machen, in diesen Fällen in der That nicht Anderes zu sehen, als eine Reizung der Häute an der Basis des Gehirnes oder des oberen Theiles des Rückenmarkes mit einem in die Augen tretenden symptomatischen Fieber. Die von Derby beobachteten Fälle, welche tödtlich abliefen, betrachtete derselbe lediglich als die Folge der bis zu ihrer höchsten Höhe gelangten Epidemie, und er nahm an, dass die Fälle milder auftreten müssten in dem Maasse, wie die Epidemie einen weniger gefährlichen Typus annehme; es fragt sich aber, ob dieser weniger gefährliche Typus des remittirenden Fiebers nicht ganz etwas Anderes ist, als der gefährlichere Typus, der nicht eigentlich remittirendes Fieber ist, sondern, wie schon gesagt, Reizung oder Entzündung an der Gehirnbasis und am oberen Theile des Rückenmarkes mit hinzugekommenem symptomatischem oder Reaktionsfieber. Ames spricht geradezu von Fällen von Febris remittens, „als wenn Meningitis zu einem gewöhnlichen endemischen Fieber sich hinzugefügt hätte." Man könnte entgegnen, dass dergleichen Fälle nichts weiter seien, als remittirendes Fieber mit einer sekundär hinzukommenden geringen Kongestion der Gefässe an der Gehirnbasis oder am oberen Theile des Rückenmarkes, und dass die dadurch bewirkte Reizung die früher erwähnten Muskelkontraktionen veranlasse; andererseits kann es auch wirklich der Fall sein, dass eine rheumatische Affektion der Nackenmuskeln mit dem eigentlichen remittirenden Fieber sich komplizire und bei ganz kleinen Kindern, die noch nicht über sich Auskunft geben können, anscheinend opisthotoni-Symptome erzeuge.

Für eine weitere Erörterung dieses Gegenstandes ist hier nicht der Raum, und ich will blos bemerken, dass einer der Aerzte unserer Pflegeanstalt, ein Mann von durchaus keiner oberflächlichen Kenntniss, behauptet hat, es sei oft unmöglich, zu sa-

gen, ob die Symptome, der wir hier gedacht haben, nicht auf einem wirklichen Tuberkel in der Gehirnsubstanz entspringen.

C. F., ein 11 Jahre altes, nahe unserem Institute wohnendes Mädchen, kam am 15. September 1853 in meine Behandlung. Als ich die Kranke zuerst sah, schien sie an einem einfachen Fieber zu leiden, welches, nach der Trockenheit der Zunge und einem gewissen Angstausdrucke im Gesichte zu urtheilen, einen typhösen Charakter annehmen zu wollen schien. Die Kranke klagte sehr über einen Schmerz oberhalb der Augenbraunen. Sie litt an Uebelkeit, die früher etwas beschwerlich gewesen, aber nicht an Verstopfung. Sie hatte einen geringen Eiterausfluss aus den Ohren, der nach Aussage der Mutter seit 2 oder 3 Jahren mit geringen Pausen bestanden hatte. Verordnet wurden: Blutegel hinter die Ohren, ein Blasenpflaster in den Nacken, Abschneiden des Haares und eine Mischung von Natron, Blausäure und Colombo. Bis zum 18ten blieb sie so ziemlich in demselben Zustande; nun aber hörte die Absonderung aus den Ohren auf, es trat Verstopfung ein und der Kopfschmerz wurde heftiger. Jetzt wurde der Kopf kahl geschoren, ein Blasenpflaster auf den Scheitel und eine Blase mit Eis auf die Augenbraunengegend gelegt; neben der früheren Mixtur wurden Abführmittel gereicht und Kataplasmen auf die Ohren verordnet. In den nächsten 4 Tagen veränderte sich nichts. Am 23sten wurde auf die entblöste Stelle auf dem Scheitel eine starke Brechweinsteinsalbe eingerieben. Eine heftige Reizung war die Folge und es bildete sich ein starker Schorf; darauf wurde wenig geachtet, da zwischen dem 23sten und 26sten eine solche Besserung eintrat, dass die Kranke für geheilt angesehen werden konnte. Die Zunge wurde nämlich rein und feucht; der Kopfschmerz hatte sich fast ganz verloren, es fand sich sogar etwas Esslust und die Kleine wollte aufstehen. Am 28sten aber wurde sie wieder schlechter; die Zunge wurde trocken und etwas glasirt; die Kranke klagte über Kopfschmerz und verlangte wieder Eis auf den Kopf. Am 29sten war sie noch schlechter, schrie fortwährend „mein Kopf, mein armer Kopf", und bat die Umstehenden, ihr den Kopf zu drücken. Sie war vollkommen bei Verstande und zeigte grosse Hinneigung zur Mutter, die sie mit den zärtlichsten Ausdrücken rief, sie bittend, nicht so zu weinen, weil das ihr Leiden nur vermehre. Eine auffallend reichliche Harnabsonderung war ein-

getreten; auch die Thränen flossen reichlich; Kothentleerung fand regelmässig Statt, und der Schorf am Scheitel fing an, sich zu lösen. Am 30sten war die Zunge noch trockener und polirter; der Puls hatte eine eigenthümliche Langsamkeit; er betrug nur 50 bis 55 in der Minute; der Kopfschmerz hatte einem Gefühle von innerer Pein oder Angst Platz gemacht, so dass die Kranke zwar über den Kopf sehr klagte, aber nicht über eigentlichen Kopfschmerz. Am 1. Oktober war sie noch schlechter; das Angesicht zeigte den Ausdruck tiefer Angst, die Augenbraunen waren kraus gezogen, die Pupillen mehr erweitert als früher, und fortwährend rief die Kranke: „was soll ich machen?" Der Puls wie gestern und vielleicht noch etwas langsamer; die Geisteskräfte ungetrübt; in 24 Stunden 3mal Kothentleerung und einmal Erbrechen. Am nächsten Tage war die Kranke offenbar im Zusammensinken begriffen; der Puls war kaum 50 und überaus schwach; die Augenbraunen nicht mehr gekräuselt und auch auf dem Angesichte nicht mehr der frühere Ausdruck von Angst. Die Kleine lag still vor sich hin und wimmerte nur leise; es fand weder Erbrechen, noch Darmausleerung Statt; Schielen war nicht vorhanden, aber die Kranke konnte offenbar nicht sehen. Am 3. Oktober war eine Art Ohnmacht hinzugekommen, wie die Mutter sich ausdrückte; es schien, dass die Kleine etwa dreimal in einem ohnmächtigen Zustande zusammenfiel; am nächsten Morgen erfolgte der Tod. Unglücklicherweise wurde eine Leichenuntersuchung nicht gestattet.

Ich glaube, dass in diesem Falle ein Abszess in den mittleren Portionen der Hemisphären Statt gefunden und mit der lange bestandenen Krankheit der Ohren verknüpft gewesen ist. Ich beziehe mich auf einen Fall, den ich bereits früher mitgetheilt habe (siehe dieses Journal März und April 1854. S. 198), wo ähnliche Erscheinungen mit einem solchen pathologischen Befunde vorhanden gewesen waren. Vergleicht man diesen Fall mit Abercrombie's Bemerkungen (Abschnitt 1) über die täuschenden Remissionen gewisser Gehirnkrankheiten, so bietet er noch besonderes Interesse dar, und auch in Bezug auf die Anwendung von Brechweinsteinsalbe auf den Scheitel, worüber sich namentlich Hahn (sur la meningite tuberculeuse) ausgesprochen hat, ist er nicht ohne Wichtigkeit.

9) Krankheiten der Dura mater. Obwohl ich sehr viele Gehirnkrankheiten bei Kindern gesehen habe, so ist mir

doch noch nicht ein einziger Fall von primärer Affektion der Dura mater vorgekommen. Ich habe häufig diese Hirnhaut sehr injizirt und ihre Sinus strotzend angefüllt gefunden, aber ich habe niemals einen Beweis erlangt, dass diese Membran an der Entzündung, welche irgend wo anders innerhalb des Schädels Statt fand, Antheil genommen hat. In dieser Beziehung unterscheidet sich meine Erfahrung nicht wesentlich von der der meisten genauen Beobachter, welche darin übereinstimmen, dass Entzündung der Dura mater, ganz abgesehen von der, welche durch direkte Verletzung oder Erkrankung der Schädelknochen und des inneren Ohres erzeugt wird, in der Kindheit eben so selten ist, wie im späten Alter. Ich weiss nur von 2 Fällen, wo, unabhängig von den erwähnten Einflüssen, die Dura mater eine Entzündung erlitten hat. Diese beiden Fälle sind von Bednàr mitgetheilt, welcher selbst der Entzündung einen sekundären Charakter beimisst. In dem einen Falle folgte die Entzündung auf eine chronische Arachnitis cerebralis; im anderen Falle kam die Entzündung bei einem Kinde vor, welches mit Symptomen der Blutauflösung und der Pneumonie gestorben war. Bednàr ist der Meinung, dass traumatische Entzündung der Dura mater bei Neugeborenen in Folge von mechanischer Einwirkung auf den Kopf während der Geburt weit häufiger vorkommt, als man glaubt, aber, dass sie nicht durch spezielle Symptome sich kund thut, sich gewöhnlich günstig endigt und darum übersehen wird. Ich kann hierüber nichts sagen, da ich mich nicht mit Geburtshülfe befasse; ich will nur bemerken, dass in dem letzten Werke von Weber in Kiel, welches sich mit der pathologischen Anatomie Neugeborener befasst, von einer solchen traumatischen Entzündung der Dura mater nicht die Rede ist.

10) Krankheiten des Schädels und seiner Bedeckungen. Unter den Fällen von Kephalämatom, die mir vorgekommen sind, hat mir keiner zu einer besonderen Bemerkung Anlass gegeben. In einem Falle war ich in der Diagnose etwas unsicher. Der knochige Ring oder der harte Wall war so deutlich, es wurde mir so schwer, durch Betastung mit meinem Finger den Boden in der Mitte der Geschwulst herauszufühlen, und es schien mir das Schreien des Kindes auf die Hebung des Tumors einen solchen Einfluss auszuüben, dass ich einen Zusammenhang desselben mit dem Gehirne anzunehmen geneigt war. Eine Beobachtung von einigen Tagen jedoch beseitigte meine Zweifel,

denn es begann schnell eine Absorption des Inhaltes der Geschwulst. Dieser Fall jedoch zeigte mir, wie leicht in denjenigen Fällen, wo der harte Wall um das Kephalämatom sich sehr rasch gebildet hat, eine Absorption aber noch nicht eingetreten ist, ein Irrthum in der Diagnose möglich wird. Der Tumor kann dann leicht für Enkephalokele gehalten werden. Professor Levy in Kopenhagen (Beobachtungen für Kinderkrankheiten, XVIII, 169) bemerkt: „Bei der Hernia cerebri fehlt innerhalb des harten Ringes oder Walles wirklich der Boden oder der Knochengrund, der beim Enkephalämatom nicht fehlt, aber, wenn er nicht gefühlt werden kann, zu Täuschungen Anlass gibt. Gewöhnlich kann man vor dieser Täuschung sich dadurch schützen, dass man mit dem Finger vom Walle aus nach der Mitte der Geschwulst allmählig immer stärker drückt, so dass der blutige Inhalt des Tumors bei Seite geschoben und der Knochengrund fühlbar gemacht wird.“ Ich bin jedoch der Meinung, dass diese Täuschung nicht immer so leicht zu überwinden ist.

Von Enkephalokele habe ich 2 Fälle gesehen. Den einen Fall verlor ich bald aus den Augen; der andere Fall ist noch unter meiner Beobachtung in der Nähe des Institutes. In diesem letzteren Falle ist der Tumor an der unteren oder Frontalportion der vorderen Fontanelle. Die Basis oder der Umfang ist breit, der Tumor fast ganz haarlos und fühlt sich kälter an, als der übrige Theil der Kopfhaut. Er mass, als das Kind 11 Tage alt war (wie ich es zuerst sah), $2^1/_2$ Zoll im Durchmesser von vorn nach hinten, und $2^1/_4$ Zoll im Querdurchmesser; als das Kind 2 Monate alt war, waren diese Maasse $3^1/_2$ und $3^1/_4$ Zoll; als das Kind 14 Monate alt war, waren sie $4^1/_4$ und $3^3/_4$ Zoll, und als es 17 Monate alt war (am 27. September 1853), waren sie noch eben so. In dem Maasse, wie das Kind älter wurde, schien das Schreien oder die Aufregung desselben immer weniger Einfluss auf die Geschwulst auszuüben und dem äusseren Ansehen nach war es, als wenn ihr Zusammenhang mit den Theilen innerhalb des Schädels immer geringer wurde. Das Kind hatte einoder zweimal einen Krampfanfall und der Durchbruch der ersten Schneidezähne erregte grosse Befürchtung. Die Masern hat das Kind ganz gut durchgemacht und erscheint jetzt ganz gesund. Es ist ein kleines Mädchen, anscheinend von gewöhnlicher Geistesfähigkeit für sein Alter. Der Mutter wird es etwas schwierig, die Mützen und Kappen so anzupassen, dass der Tumor nicht

gedrückt werde. Auf dem Gipfel des Tumors ist eine Art von Narbe oder Eindruck vorhanden, um welchen herum eine harte Knochenplatte gefühlt wird. Ich glaube nicht, dass jetzt der Tumor sich noch vergrössern werde, und ebensowenig glaube ich, dass der ganze Inhalt desselben oder auch nur sein grösserer Theil aus wirklicher Gehirnmasse bestehe. Einmal versuchte ich das Heilverfahren von Callisen und Salleneuve, nämlich mittelst Bleiplatten, die genau der Oberfläche des Tumors angepasst werden, einen graduellen Druck zu bewirken, allein das Kind wurde davon sehr übel affizirt und der Tumor in seiner Grösse nicht vermindert. Die Mutter gibt über die Entstehung dieses Uebels bei ihrem Kinde folgende eigenthümliche Auskunft: Als sie während ihrer Schwangerschaft mit ihrem Manne eine Vergnügungsfahrt nach Hampton gemacht, habe sie sich mit dem Kopfe beim Aussteigen aus dem Bahnwagen gegen eine über dem Wagen befindliche eiserne Stange gestossen, und die Erschütterung sei so heftig gewesen, dass sie 2 Stunden habe auf dem Bahnhofe verweilen müssen, ehe sie wieder nach Hause konnte. Als sie ihr Kind später gleich nach der Niederkunft mit einer Kopfgeschwulst erblickt, habe sie gleich ausgerufen: „es ist dieses genau die Stelle, wo ich mich gestossen habe!"

Vielleicht 2 oder 3 Fälle von der eigenthümlichen Beschaffenheit der Schädelknochen, welche Elsässer zuerst beschrieben und die dann später unter dem Namen „Craniotabes, Craniomalacia, weicher Hinterkopf" u. s. w. bekannt worden ist, sind mir vorgekommen. Hauff sendete an Schlossberger den Hinterhauptsknochen eines 3 oder 4 Monate alt gewordenen Kindes, welcher während dessen Lebens fast wie Pergament nach innen gedrückt und nach dem Tode wie Kartenpapier durchschnitten werden konnte. Ich habe vor einigen Monaten ein Kind zu behandeln gehabt, bei welchem das Hinterhaupt dem Drucke auf dieselbe Weise beträchtlich nachgab; nicht nur der Hinterhauptsknochen war bei diesem Kinde biegsam oder nachgiebig wie Pergament, sondern auch das übrige Schädelgewölbe mit Ausnahme des unteren Theiles der Seitenwandbeine war dünn und elastisch. Von Einigen ist die Vermuthung aufgestellt worden, dass das hier in Rede stehende weiche Hinterhaupt auf Rhachitis beruhe. Die Untersuchungen von Schlossberger haben die Identität der Rhachitis und Osteoporosis dargethan, und er und von Bibra haben nachgewiesen, dass die vollkommen normale Beschaffenheit

der knorpeligen Basis im weichen Hinterhauptsknochen die Idee der Rhachitis nicht zurückweist, insofern die Rhachitis in der That nichts Anderes ist, als ausgebliebene Ossifikation. Da, wo ich Craniotabes gesehen habe, habe ich auch wirklich in anderen Momenten die allgemeine Rhachitis erkannt. Es war die Meinung von Elsässer und Widtman, dass das durch den dünnen und weichen Hinterhauptsknochen empfindlich gemachte Gehirn häufig der Sitz einer temporären Kongestion werde; das Resultat dieser Kongestion seien tetanische Krämpfe (Tetanus apnoicus periodicus nach Elsässer), welche sich auf die Athmungsmuskeln verbreiten und dann zu der Affektion Anlass gebben, die unter dem Namen „Asthma thymicum oder Asthma laryngeum" bekannt geworden. Ich kann nicht sagen, dass in den von mir beobachteten Fällen solche Erscheinungen vorgekommen sind, allein ich halte den Ausspruch der erwähnten Autoren doch nach dem, was ich bei einem anderen Zustande des Hinterhauptsknochens gesehen habe, für gerechtfertigt *). Nicht selten findet man nämlich angegeben, dass ein kleines, vielleicht etwas zu früh geborenes Kind häufige und langdauernde Krampfanfälle gehabt habe, deren Ursache nicht aufgefunden, und gegen welche auch nichts gethan werden konnte. Das Kind bleibt allenfalls am Leben, wird vielleicht 2 Monate alt, ist jedoch mager und überall sehr mit Haaren bedeckt; es hat einen kleinen Kopf, der, wenn er gehörig angefasst wird, sich anfühlt, als bestände er aus lauter losen Knochen innerhalb eines Hautsackes. Bei genauerer Untersuchung findet man die hinteren Ränder der beiden Seitenwandbeine über den Rand des Hinterhauptsbeines hinüberragend und das letztere fühlt sich an, als wäre es bereits oder könnte vielmehr viel weiter unterhalb der Seitenwandbeine nach vorn geschoben werden, als es sich mit der Wohlfahrt der Gehirnmasse vertrage. Man wird ferner finden, dass das Kind fast beständig auf seinem La-

*) Seit ich dieses geschrieben habe, habe ich selbst einen direkten Beweis für die Richtigkeit der eben mitgetheilten Angaben erlangt. Mit Herrn Tucker untersuchte ich am 24. Januar den Leichnam eines 6 Monate alten Kindes, welches am Kehlkopfasthma gelitten hatte. Wir fanden die Craniotabes: Der Hinterhauptsknochen konnte wie Kartenpapier mit der Scheere ausgeschnitten werden, und die Röhrenknochen bogen sich wie weiches Wachs.

ger oder in den Armen der Wärterin auf dem Rücken liegt und zwar in der Art, dass die Protuberanz des Hinterhauptes den ganzen Druck des Kopfes zu tragen hat, und dass dieser Druck dann besonders von Bedeutung ist, wenn der Arm der Wärterin beim Herumtragen des Kindes die Unterlage bildet. Es muss dieser Druck einen Einfluss auf das Gehirn haben und Krämpfe erzeugen. In der That bin ich in meiner Erfahrung auch hierauf hingewiesen worden. Im Anfange vorigen Jahres wurde ich wegen eines kleinen, noch an der Brust befindlichen Mädchens, welches an krampfhaften Athmungsbeschwerden oder Athmungskrämpfen litt, um Rath gefragt; es hatte, wie mir gesagt wurde, krupartige Anfälle und auf diese seien allgemeine und heftige Krämpfe gefolgt, die 6 bis 7 Stunden gedauert haben. Nichts schien dagegen zu helfen; Blutegel an die Schläfe, Alkalien, Alterantia, Aromatica u. s. w. sind vergeblich angewendet worden. Ich sah mir das Kind genau an; es war klein, blass und zart; die vordere Fontanelle stand weit offen und das Stirnbein war fast bis zur Mitte noch durch eine Spalte geschieden. Der Hinterhauptsknochen fand sich unter den Seitenwandbeinen untergeschoben, deren Ränder ersteren überragten und der ganze Schädel fühlte sich innerhalb der Kopfhaut etwas locker und lose an. Ich gab jedenfalls den Rath, streng darauf zu wachen, dass das Kind nicht seine gewöhnliche Lage auf den Armen der Wärterin annehme, und dass jeder Druck auf den Kopf möglichst vermieden werde. Ich empfahl ferner, das Kind von der Mutterbrust fortzunehmen und ihm dafür die Brust einer kräftigen Amme zu verschaffen, und ferner verordnete ich Abführmittel und Leberthran innerlich. Später vernahm ich, dass es mit dem Kinde besser ginge; es wurde aber weit mehr Gewicht auf die bessere Milch, als auf die Vermeidung des Druckes auf die Schädelknochen gelegt. Ich will zugeben, dass die Gemüthsunruhe der Mutter nachtheilig auf ihre Milch gewirkt habe, und dass eine bessere Milch gewiss von grossem Nutzen gewesen ist, aber da ich mehrere Fälle gesehen habe, in welchen für die Krämpfe keine andere Ursache aufzufinden gewesen, als ein Druck auf den losen Hinterhauptsknochen, und da ferner der Einfluss der Gemüthsaffekte der Mutter auf ihre Milch doch immer nur noch ein hypothetischer ist, so war ich geneigt, die Besserung lediglich von der Vermeidung des Druckes herzuleiten. Jedenfalls verdient in solchen Fällen diese Ursache wohl in Betracht gezogen zu werden.

In dem American. Journ. of Medical Sciences für 1846 findet sich ein Aufsatz von Dr. Sims, in welchem die Dislokation des Hinterhauptsbeines nach innen als die Hauptursache des Trismus der Neugeborenen angegeben wird. Eine Zeit lang hat Sims geglaubt, dass Rückenlage des Kindes mit dem Kopfe auf einem harten Kissen allein diesen Trismus erzeuge; später aber hat er gefunden, dass auch eine halbe Seitenlage des Kindes mit dem Kopfe auf einem Federkissen den Trismus hervorrufe. Bei dieser Gelegenheit muss ich bemerken, dass die Ansichten von Sims nicht das epidemische Vorkommen des Trismus der Neugeborenen im Gebärhause in Stockholm im Jahre 1834 und ebenso wenig die Häufigkeit dieser Krankheit vor einem halben Jahrhundert im Gebärhause zu Dublin zu erklären vermögen. Ich muss auch des Falles gedenken, der von Shaw der pathologischen Gesellschaft in London mitgetheilt wurde, und der ein 18 Monate altes Kind betraf, welches von einem Lastwagen überfahren worden war. Der Oberschenkel war gebrochen und die untere Portion des linken Seitenwandbeines hatte einen $^{3}/_{4}''$ tiefen Eindruck in einer Strecke von 3'' Länge und 2'' Breite erfahren. Gehirnsymptome folgten nicht; die Fraktur heilte und das Kind wurde gesund, aber der Eindruck des Schädelknochens blieb lange Zeit unverändert. Hätte der Eindruck das Hinterhauptsbein statt des Seitenwandbeines getroffen, so wären nach meinen Erfahrungen die Folgen ganz anderer Art gewesen. Während ich dieses schrieb, sah ich in unserer Anstalt ein 6 Monate altes Kind, einen Zwilling, der fortwährend wimmerte und schrie, mager blieb und eine eigenthümliche Steifigkeit im Halse und Rücken darbot, der andere Zwilling war gesund und kräftig. Beide Kinder wurden von derselben Brust ernährt und im ersten Augenblicke liess sich gar keine Ursache dieses Unterschiedes entdecken. Als ich jedoch meine Hand unter den Hinterkopf schob, fand ich den Occipitalknochen unter die Seitenwandbeine untergeschoben, so dass dessen Ränder überragten. In der gewöhnlichen Lage des Kindes schob die Mutter ihm ihren Arm unter den Kopf, so dass dieser mit seinem Hinterhauptsbeine gerade auf demselben auflag und einen Druck erfuhr; die Mutter hatte die Gewohnheit, dieses Kind selbst zu pflegen, während sie für den anderen Zwilling eine Wärterin hatte, bei der das Kind aufrecht sass und munter war, wogegen ersterer von der Mutter fortwährend in liegender Stellung umhergetragen wurde. Dieses

schwächliche Kind ist seitdem gestorben und es fanden sich Symptome, die auf eine bedeutende Gehirnreizung deuteten. Leichenuntersuchung war leider nicht gestattet worden.

Von Schiefheit und unsymmetrischer Entwickelung der Schädelknochen habe ich viele Beispiele gesehen, aber sie geben mir keine Gelegenheit zu besonderen Bemerkungen.

11) Meningeal-Tuberkulose und Rhachitis. E. G., ein kleines Mädchen, 1 Jahr 11 Monate alt, wurde im März 1854 in unser Institut gebracht. Angeblich wohnen ihre Aeltern in einer Seitenstrasse und zwar in einer Küche unterhalb der Strassenebene neben einem sehr feuchten, dunklen und engen Hofe. In anderer Beziehung war das Kind sehr sorgfältig gepflegt worden, allein es ist blond, sieht skrophulös aus und hat Rhachitis der unteren Extremitäten. Die Symptome, welche das Kind seit etwa 20 Tagen dargeboten hatte, sind angeblich die des einfachen remittirenden Fiebers gewesen. Erst in der dritten Woche zeigte das Kind einen gewissen Grad von Torpor; dann verfiel es plötzlich in ein gellendes Aufkreischen, worauf heftige und andauernde Krämpfe folgten. Etwa 24 Stunden nach diesem plötzlichen Aufkreischen verstarb das Kind. Im ersten Augenblicke wurde vermuthet, dass ein sogenannter Wasserschlag, wie wir dessen früher gedacht haben, die Ursache des Todes gewesen, allein bei der Untersuchung nach dem Tode fand sich in den Hirnhöhlen kaum ein Erguss und auch an der Basis des Gehirnes keine Ausschwitzung; dagegen auf der Konvexität beider Hemisphären eine grosse Menge eines trüben, weisslichen Ergusses mit deutlicher granulirender Ausschwitzung. Ferner fanden sich in den Lungen sowohl graue, als gelbe Tuberkelablagerungen und zwar letztere in nussgrossen Massen. Das Interesse, welches dieser Fall darbietet, liegt in dem Zusammentreffen der feuchten, lichtarmen und schlecht ventilirten Wohnung mit Rhachitis und Tuberkulosis, welche letztere weniger als Lungentuberkulose, sondern als Tuberkular-Meningitis den Tod brachte.

H, C., ein Knabe, 18 Monate alt, der in einer feuchten, sehr umbauten, in den Boden hinabgedrückten Wohnung sich befand, wurde im Mai in unser Institut gebracht. Er hatte etwas Rhachitis an den unteren Extremitäten und an den Handgelenken und Schwindsucht galt für ein Familienerbtheil. Die Symptome, die das Kind darbot, liessen gleich auf eine Tuberkular-Meningitis schliessen, welche binnen 16 Tagen ihren Verlauf, wenn

auch in mässigem Grade, doch ganz charakteristisch durchmachte. In der Leiche fanden wir die Oberfläche der Arachnoidea sehr trocken, trockner als ich es je zuvor bei dieser Krankheit gesehen hatte. Unter ihr fanden sich auf der Konvexität der Hemisphären deutliche granulirende Ausschwitzungen; die Hirnhöhlen waren mit Flüssigkeit angefüllt, der Länge nach ausgedehnt und das grosse und kleine Gehirn waren sehr weich. An der Basis fand sich etwas grünlich gefärbte, wässerige, albuminöse Ausschwitzung ohne feste Form. Ferner fanden sich Tuberkelablagerungen in den Bronchialdrüsen und einige gelbe, käsige Massen im Lungenparenchym; das Hauptinteresse bot aber eine sehr deutliche, graue Granulation der Pleura dar. Es verdient bemerkt zu werden, dass die Reizung durch ein Blasenpflaster auf den Scheitel und darauf folgende Sabinasalbe das Kind für einige Stunden munter gemacht hatte.

Diese beiden Fälle erwähnte ich blos, um die Komplikation von Tuberkulose mit Rhachitis zu zeigen, ein Zusammensein, das von Einigen für überaus selten gehalten wird. Hätte sich die Tuberkulose nur auf die Meningen beschränkt, so wäre das Interesse dieser beiden Fälle geringer, aber da die Tuberkelablagerungen sehr deutlich auch in den Brustorganen vorhanden gewesen, so haben diese Fälle als Beweise der genannten Komplikation ihren vollen Werth. Die folgende Bemerkung von Bouchut in seiner neuesten Ausgabe über die Krankheiten der Neugeborenen stellt den hier angeregten Punkt noch deutlicher in's Licht: „Hat, sagt er, die Rhachitis zur grösseren Zahl der häufiger vorkommenden Kinderkrankheiten keine Verwandtschaft, so übt sie andererseits eine Art von Abweichung gegen mehrere derselben aus. So kann zwischen Rhachitis und Pulmonal- oder Mesenterial-Tuberkulose derselbe Antagonismus anerkannt werden, welchen Boudin zwischen Wechselfieber und diesen letztgenannten Affektionen zu behaupten gesucht hat. Eine ähnliche Bemerkung hat Guersant in seinem Artikel über Rhachitismus ausgesprochen und die Richtigkeit dieser Bemerkung ist durch die Untersuchungen von Rufz erwiesen worden, welcher im Hospitale unter den Kindern, die mit Rhachitis behaftet waren, nur sehr selten Tuberkulose angetroffen hat, während andererseits von den an anderen Krankheiten gestorbenen Kindern nahe an $^2/_3$ Tuberkelablagerungen darboten." Diese Ansicht wird von Anderen nicht getheilt oder nur in sehr beschränktem Maasse angenommen.

So bemerkt Bednàr (Krankheiten der Neugeborenen IV. 255), dass, während er bei tuberkulösen Kindern im ersten Jahre des Lebens niemals Rhachitis beobachtet hat, er diese Kombination im zweiten Lebensjahre nicht selten gesehen habe, und Hauner sagt (Journal für Kinderkrankheiten Bd. XVIII), dass, wenn auch Rhachitis, wie Einige geglaubt haben, Lungentuberkulose nicht ausschliesst, doch bemerkt zu werden verdient, dass in warmen Gegenden Rhachitis kaum dem Namen nach bekannt, Tuberkulosis aber daselbst sehr heimisch ist. Nach Dr. A. Vogel (Journal für Kinderkrankheiten Bd. XX) findet zwischen Rhachitis und Tuberkulose weder Konnex, noch Antagonismus statt, sondern vollständige Indifferenz. Den Ansichten von Rufz, Bouchut und Guersant gerade gegenüber steht. Hervieux, welcher so oft (1 : 3) das Zusammensein von Rhachitis und Tuberkulose bei den jüngsten Kindern angetroffen hat, dass er eben das Dasein der Rhachitis für ein wichtiges Symptom der Tuberkulose vor dem dritten Lebenjahre anzusehen geneigt ist. In der eben erschienenen neuen Auflage des klassischen Werkes von Rilliet und Barthez findet sich folgende Bemerkung: „Wir betrachten die Rhachitis nicht als ein Symptom der vorhandenen Tuberkulose, obwohl wir zugeben, dass wir bei den jüngsten Kindern nicht selten Tuberkel und Rhachitis zusammen angetroffen haben. Wäre die Ansicht von Hervieux richtig, so wäre es nicht von besonderem Nutzen, zwischen den beiden Krankheiten überhaupt einen Unterschied zu machen, aber wir sind nicht so überzeugt, wie dieser Arzt, dass die Rhachitis ein Zeichen der Tuberkulose in frühester Kindheit sei. Unsere, in der Privatpraxis gesammelten Beobachtungen widersprechen vollständig dieser Ansicht und wir halten es immer für wichtig, diese beiden Krankheiten von einander zu trennen, deren Prognose durchaus verschieden ist, während wir uns zugleich bemühen, festzustellen, was in den Fällen, wo beide Krankheiten zusammen vorkommen, von dem Komplex der Erscheinungen der einen, und was davon der anderen Krankheit zukommt.“

Schreiber dieses ist auch nicht im Geringsten geneigt, einen Antagonismus zwischen Rhachitis und Tuberkulosis anzunehmen, aber er ist auch nicht der Meinung, dass erstere ein Symptom der letzteren sei.

Die schon erwähnte Ansicht von Vogel scheint der Wahrheit am nächsten zu kommen.

Mit dem von mir erzählten Falle, welcher das Mädchen E. G. betraf, verknüpft sich eine interessante Frage hinsichtlich der Bedeutung des 20 Tage lang bestandenen Fiebers. Die Kleine schien an einem idiopathischen Fieber zu leiden; als solches wurde ihre Krankheit angesehen und natürlich auch die Rhachitis wahrgenommen. Ist es immer möglich, wie Einige glauben, zwischen idiopathischem oder anderem Fieber bei Kindern, und den fieberhaften Vorläufern des akuten Hydrokephalus zu unterscheiden? Ich wünschte, ich könnte es. War das hier anwesende Fieber ein Begleiter der Exazerbation der Rhachitis oder mit anderen Worten, war es das sogenannte rhachitische Fieber, in dessen Verlauf plötzlich eine Gehirnaffektion sekundären Charakters auftrat? Oder war es das Fieber, das mit allgemeiner akuter Tuberkulose schliesst und während dessen sich plötzlich eine Tuberkelablagerung auf dem Gehirne bildete? Oder endlich war das Fieber wirklich weiter nichts, als der Vorläufer einer schon vorhandenen und allmählig fortgebildeten Tuberkelaffektion der Meningen? Es mag schwer sein, hierauf eine bestimmte Antwort zu finden; — aber Rilliet und Barthez bemerken: „Während des ersten und zweiten Jahres zeigt die Diagnose die meisten Schwierigkeiten und das aus vielen Gründen. Zuvörderst leitet die verhältnissmässige Seltenheit der Krankheit den Beobachter von der vermutheten Meningitis ab, und ferner sind die Prodrome in diesem Alter viel weniger deutlich und können durch verschiedene Krankheiten und besonders durch die Rhachitis und selbst durch die Folgen einfacher Diätfehler simulirt werden.“ — Ferner bemerken sie: „Hat sich Meningitis in einem skrophulösen Subjekte, das ein Jahr oder länger gekränkelt hat, entwickelt, so fällt es uns nicht ein, zu behaupten, dass die Tuberkelablagerung mit ihren Symptomen das Resultat der chronischen Entzündung der Meningen sei.“ Im 3. Theile des Werkes von Rilliet und Barthez findet man noch sehr gute Bemerkungen über diesen Punkt. — Was meinen zweiten Fall betrifft, nämlich den Knaben H. C., so ist nur die Tuberkelablagerung in der Pleurahöhle, wo sie selten vorkommt, interessant. Rilliet und Barthez geben diese Seltenheit zu; auch Bednàr, der die Tuberkelablagerung in der Pleura bei einem 5 Monate alten Kinde angetroffen hat, sagt, sie sei daselbst viel seltener, als in anderen Organen.

Erlebnisse aus der Kinderpraxis, von Dr. Joseph Bierbaum, praktischem Arzte zu Dorsten. — Erste Abtheilung: Krankheiten des Gehirnes und der Sinnesorgane.

(S. dieses Journal September und Oktober 1854, S. 167.)

II. Encephalopathia albuminurica.

Schon Bright bemerkt, dass sich zu der von ihm zuerst beschriebenen Nephritis albuminurica Kopfschmerz, Erbrechen, Schwäche oder Verlust der Sehkraft und des Gehöres, Krämpfe, Konvulsionen und Erblindung gegen das Ende der Krankheit gesellen und gewöhnlich die jammervolle Szene schliessen. Indess sah Landouzy die albuminöse Nephritis auch mit plötzlichem Verluste des Sehvermögens anheben. Royer beobachtete ähnliche Zufälle, wenn im Verlaufe des Scharlachs albuminöse Nephritis auftrat. Die Kranken klagten über heftigen Kopfschmerz, der den Kindern ein lebhaftes Geschrei erpresste, und von vollständiger oder vorübergehender Blindheit, von Erweiterung der Pupillen oder von einem Wechsel von Erweiterung oder Verengerung und von einem sehr hartnäckigen Erbrechen begleitet war. In einigen Fällen traten Konvulsionen ein, die schnell tödtlich wurden, in anderen dagegen wurde die eine Körperhälfte gelähmt, während auf der anderen Konvulsionen bestanden.

Somit war der erste Schritt gethan zur näheren Kenntnissnahme von der in Rede stehenden Krankheit. Fr. Rilliet gebührt aber das Verdienst, das Hirnleiden, welches im Verlaufe der Scharlachwassersucht oder mit primärer Bright'schen Nierenaffektion erscheint, unter dem gemeinschaftlichen Namen „Encephalopathia albuminurica“ zuerst näher gewürdigt zu haben. Die Krankheit ist selten. Rilliet konnte bei den verschiedenen Autoren im Ganzen nur 12 Fälle auffinden, von denen sich 10 auf Scharlach und 2 auf Bright's albuminöse Nierenaffektion bezogen. Dieser Zahl fügte er noch zwei neue Fälle hinzu, die er in jüngster Zeit beobachtete. Immerhin mag dieses Hirnleiden im Allgemeinen selten vorkommen, wahrscheinlich ist es aber doch nicht so selten, wie man wohl glauben möchte. Ohne Zweifel werden im ferneren Verlaufe der Zeit schon mehrere Fälle mitgetheilt werden, nachdem uns Rilliet mit dieser Krankheit

näher bekannt gemacht hat. Indess bemerkt Mauthner, dass ihm das, was Rilliet über Cerebralsymptome in der Albuminurie bei Kindern mitgetheilt habe, durchaus nicht neu sei. Er sah nicht selten plötzlich Konvulsionen, Amaurose, selbst Lähmungen in Folge von urämischer Intoxikation eintreten, und die Kinder durch eine kräftige, besonders die Haut reizende Behandlung genesen.

Ehe wir uns jedoch über dieses Hirnleiden weiter aussprechen, wollen wir drei Fälle, die sich unserer Beobachtung darboten, mittheilen.

Erster Fall. Auguste H., ein 4jähriges, kräftiges und blühendes Mädchen, dessen Mutter in kurzer Zeit an tuberkulöser Lungenphthise starb, während der Vater häufig an Bluthusten, selbst Pneumorrhagie, litt und erst nach Jahren an Lungenschwindsucht mit allgemeiner Wassersucht erlag, wurde in einem so gelinden Grade vom Scharlachfieber befallen, dass die Aeltern keine ärztliche Hülfe für nöthig hielten. Das Kind ging in noch kalter Jahreszeit aus und zog sich dadurch eine Erkältung zu. In Folge dessen traten vier Wochen nach dem Scharlachfieber Anasarca und Bauchwassersucht ein. Das Kind verlor nun seine Munterkeit und Esslust, bekam bei fast reiner Zunge Erbrechen, hatte oft Drang zum Stuhle, entleerte aber wenig, machte sparsam Urin, der anfangs jumentös, später hell und klar, strohgelblich war, klagte zuweilen über den Kopf und Bauch, schlummerte viel, und fühlte sich matt, hinfällig. Die Gesichtsfarbe wechselte, war bald roth, bald blass, die Pupillen erweitert, die Respiration erschwert, der Puls gereizt und sonst regelmässig, die Temperatur der Haut nicht erhöht. Nach sechs Tagen wurde das Kind, welches jetzt ein blühendes Mädchen ist, als Konvaleszentin entlassen.

In diesem Falle traten die Hirnzufälle mehr schleichend auf und erreichten nicht die Intensität, wie sie in anderen Fällen vorkommt. Es fehlten namentlich die Amaurose und die Konvulsionen. Vielleicht hätten sich auch diese beiden hinzugesellt, wenn es nicht gelungen wäre, durch ein frühzeitiges Einschreiten die Krankheit zu beseitigen. Dessenungeachtet unterliegt es keinem Zweifel, dass die Krankheit zur Encephalopathia albuminurica gehöre. Scharlach war vorausgegangen und Wassersucht nachgefolgt. Auch waren die übrigen charakteristischen Symptome vorhanden, wie der Kopfschmerz, das Erbrechen, der soporöse Zustand, die Erweiterung der Pupillen, die erschwerte Respiration, die gereizte Gefässthätigkeit, der Wechsel der Gesichtsfarbe.

Zweiter Fall. Theodor P., 17 Jahre alt und gesunden Aussehens, ist in der körperlichen Entwickelung hinter seinem Alter zurückgeblieben. In der ersten Kindheit kränkelte er viel, hatte oft den Husten mit starkem Schleimrasseln und lernte erst

im dritten Jahre gehen. Späterhin fühlte er sich recht wohl, nur hatte er vor etwa vier Jahren einen starken Ausschlag im Gesichte, besonders um die Nase, der sich jedoch bald wieder verlor. Im vorigen Sommer bekam er auf der linken Halsseite eine starke Anschwellung der Submaxillardrüsen, die auch augenblicklich noch, wenn gleich in einem sehr geringeren Grade, geschwollen sind. Seine Aeltern erfreuen sich einer guten Gesundheit.

Am 6. Januar 1854 kam der Knabe, nachdem er erst dem Gottesdienste beigewohnt, zu Fusse nach Hause (er wohnte auswärts), und klagte über Müdigkeit, Kopfschmerzen, verminderte Esslusst, Frösteln und Schlingbeschwerden. Kurz vorher war sein Bruder binnen einigen Tagen am Scharlachfieber, das in der ganzen Umgegend epidemisch herrschte, gestorben. Schon in den nächsten Tagen brach auch bei ihm der Scharlach aus, der aber so gelinde verlief, dass er sich den grössten Theil des Tages ausser Bette aufhielt. Aerztliche Hülfe wurde weder für ihn, noch für seinen verstorbenen Bruder nachgesucht. Etwa acht Tage nach dem Ausbruche des Exanthemes begab er sich bei kalter, rauher Luft zu seinem Oheim, der eine kleine Stunde entfernt wohnte, half hier ein Bett Korn dreschen und kehrte darauf in seine älterliche Wohnung zurück. Das Wohlbefinden nahm nun täglich mehr ab, das Gesicht wurde ödematös, obere und untere Extremitäten von Anasarca befallen. Indess besserte sich doch allmählig der Appetit wieder, die Urinsekretion blieb aber sparsam.

Am 9. Februar blieb der Kranke ungewöhnlich länger im Bette. Als seine Mutter zu ihm kam und ihn um die Ursache fragte, sagte er, das Liegen thue ihm gut. Er klagte aber nicht über Kopfschmerz, und hatte weder Uebelkeit noch Erbrechen. Indess schien der Mutter das Gesicht verändert und verwirrt zu sein. Bald nach dem Aufstehen um 9 Uhr Morgens, in einem Lehnstuhle hinter dem Ofen sitzend, dreht er plötzlich die Augen starr nach der linken Seite und rollte sie dann ganz aufwärts, so dass das Weisse grell zum Vorschein kam. Gleich hinterher befielen Konvulsionen Arme und Beine, der Mund verzog sich nach der linken Seite, Schaum kam aus dem Munde, jedoch nur dieses einzige Mal, der Kopf wurde erst nach der linken Seite gedreht und darauf gewaltsam nach hinten übergebeugt, so dass Hals und Brust einen starken Vorsprung machten. Das Bewusstsein und das Sehvermögen, so wie das Gehör, waren geschwunden und die Respiration mühsam, das Gesicht hatte eine in's Livide spielende Farbe, die später wieder blass wurde. Nach Beendigung der Konvulsionen trat ein tiefer komatöser Zustand ein, aus dem der Knabe nicht aufgeweckt werden konnte.

Dieser Zustand dauerte nicht lange. Die Konvulsionen erschienen bald auf's Neue wieder, befielen aber von nun an erst die oberen und unteren Extremitäten und endeten dann mit Opisthotonus. Gewöhnlich traten 3, 4, selbst 5 Paroxysmen in einer Stunde

ein, und dauerten etwa fünf Minuten. In der Zwischenzeit lag der Knabe ohne alles Bewusstsein in tiefem Koma. Stuhl und Urin gingen unwillkürlich ab. So wechselten Konvulsionen und Opisthotonus mit Koma, Amaurose und Bewusstlosigkeit ab. Diese Szene währte den ganzen Tag und die ganze folgende Nacht.

Am 10. Februar blieben in den frühen Morgenstunden die Konvulsionen einmal eine ganze Stunde und später zwei Stunden aus, kehrten darauf aber mehrmals wieder und erschienen um 11 Uhr Vormittags das letzte Mal. Indessen dauerten in den Intervallen Koma, Amaurose und Bewusstlosigkeit ohne Unterbrechung fort.

Selbst am 12. Februar waren diese Zufälle noch nicht verschwunden. Auf die Fragen, die seine Tante an ihn richtete, antwortete der Knabe ohne rechte Besinnung mit einem kalten Ja und Nein, und schlummerte dann wieder fort.

Erst am 16. Februar hatte der Knabe wieder volles Bewusstsein, wusste aber von allem Dem, was mit ihm vor sich gegangen, nichts. Er konnte sich nicht einmal erinnern, wann und wie er vor seiner Krankheit nach Hause gekommen, ob er am Tage vor seiner Heimkehr noch den Gottesdienst besucht, und ob er das Scharlachfieber gehabt habe. Alles Dieses war ihm selbst am 13. Juli a. c., wo ich den Knaben gelegentlich wieder sah, noch nicht wieder erinnerlich. Er hatte indess ein frisches, gesundes Aussehen, und erfreute sich des besten Wohlseins.

Mit dem Auftreten der Konvulsionen verlor sich das Oedem des Gesichtes und die wassersüchtige Anschwellung der Hände und Arme, während die Hautinfiltration an den unteren Extremitäten bedeutend abnahm, ohne später zurückzukehren. Am 25. Februar war auch an den Beinen die Wassersucht bis auf ein ganz unbedeutendes Oedem geschwunden. Ein heftiger Schmerz, der sich in dem Ober- und Unterschenkel einstellte, verlor sich bald wieder.

Was die einschlagende Behandlung betrifft, so wurden am ersten Tage bald nach dem Eintritte der Konvulsionen Pulver aus Flor. Zinc. zu grj. p. d. gegeben, die durch eine Zahnlücke eingeflösst wurden. Dieses Mittel blieb aber ohne allen Erfolg. Es wurden daher am folgenden Tage Pulver aus Extr. Opii aq. zu gr. $^1/_4$ 2stdl. verordnet. Dieses Mittel erwies sich gleich als wahres Heilmittel. Schon nach dem zweiten Pulver schwanden die Konvulsionen und kehrten nicht wieder. Im Ganzen wurden $2^1/_2$ Gran Opium-Extrakt verbraucht. Am dritten Tage erhielt der Knabe eine Auflösung von Kal. acet. mit Roob. Junip., und darauf ein Inf. hb. Digital. mit Tart. boraxat., Roob. Junip. und einer kleinen Gabe von Spir. nitr. aeth. Unter dem Fortgebrauche dieser Mittel verlor sich der komatöse Zustand und das Bewusstsein kehrte zurück, die Urinsekretion nahm auffallend zu, die Esslust wurde besser und der Stuhl erfolgte regelmässig. Anfangs war der Urin ganz blutroth, dick und trübe, so dass man

ihn auf den ersten Augenblick für wirkliches Blut hätte halten sollen, später aber wurde er hell und klar und hatte eine strohgelbliche Farbe.

Dieser Fall ist in mancher Beziehung ausgezeichnet. Auch hier war, wie im ersten Falle, der Scharlach äusserst gelinde verlaufen und Wassersucht eingetreten. Die Hirnzufälle erschienen plötzlich, ohne vorher durch Kopfschmerz und Erbrechen angekündigt zu werden. Die Krankheit begann mit Verdrehen der Augen und Amaurose, darauf folgten rasch Konvulsionen und Opisthotonus, die sich äusserst oft während ihrer 26 ständigen Andauer wiederholten, und anhaltendes Koma mit Verlust des Bewusstseins beschloss die Szene. Die Konvulsionen waren allgemein, und wurden nicht von Lähmung der einen Seite begleitet. Die Hautinfiltration verlor sich während der Hirnzufälle im Gesichte und an Händen und Armen gänzlich, und verminderte sich bedeutend an den unteren Extremitäten, ohne nach dem Schwinden des Hirnleidens wiederzukehren. Nicht weniger bemerkenswerth ist der späte Eintritt der Krankheit, die sich erst vier Wochen nach dem Scharlach einstellte. Der komatöse Zustand dauerte lange an. Die Geisteskraft trat völlig wieder ein, nur blieb das Erinnerungsvermögen getrübt. Nachkrankheiten sind nicht zurückgeblieben.

Dritter Fall. Ein 3jähriges kräftiges und bisher ganz gesundes Mädchen wurde, weil zwei seiner Geschwister am Scharlach erkrankt lagen, aus dem älterlichen Hause entfernt. Aber es blieb auch hier nicht verschont. Vom 15. auf den 16. Dez. 1844 wurde das Kind, ohne dass man am Tage vorher bei ihm das geringste Unwohlsein bemerkt hatte, des Nachts vom Scharlach befallen und zu dieser Zeit höchst unvorsichtiger Weise von den Verwandten, bei denen es sich aufgehalten, wieder in die älterliche Wohnung zurückgebracht.

Das Fieber war am anderen Morgen, wo ich das Kind zuerst besuchte, sehr heftig, der Puls sehr frequent, voll und kräftig, das Gesicht feuerroth und brennend heiss, der Kopf schwer und eingenommen, und konnte sich nicht mehr allein aufrecht halten. Das Kind schlummerte anhaltend, unter starkem Klopfen der Karotiden, schreckte häufig auf und wurde besinnungslos. Die Temperatur war auch am übrigen Körper sehr erhöht, die Zunge rein, die Respiration schnarchend. Getränke wurden selten genommen. Der Urin war sparsam, hatte ein weisslichtrübes Aussehen und bildete ein Sediment. Kaum 12 Stunden nach dem Ausbruche des Scharlachs traten fürchterliche Konvulsionen mit grässlicher Verzerrung des Gesichtes und Schaum vor dem Munde

ein, die sich an demselben Tage zu sechs verschiedenen Malen wiederholten. In der Zwischenzeit lag das Kind in tiefem Sopor, aus dem es sich nicht aufwecken liess. Es hatte durchaus kein Bewusstsein und war zugleich von Amaurose befallen. Auf die Anwendung von 4 Blutegeln und Salpeter schwanden die Konvulsionen und kehrten nicht wieder zurück. Auch die übrigen Hirnzufälle verloren sich, und das hypersthenische Fieber nahm den erethischen Charakter an, der Puls blieb aber fliegend, wurde jedoch weich. Das Exanthem machte nun seinen regelmässigen Verlauf durch.

Am 17. Die Hirnzufälle waren verschwunden, die Zunge ganz weisslich belegt, der Stuhl eingetreten mit einem grossen Spulwurme. Im ferneren Verlaufe gingen noch einige Askariden ab.

Am 18. Das Fieber war gelinde, die Zunge beinahe wieder rein und dunkelgeröthet. Das Kind klagte über Urinbeschwerden (Dysurie), und machte ungeachtet des Gebrauches von Kal. acet. nur wenig Urin, der sich späterhin noch mehr verminderte und einen Bodensatz bildete. Unterdessen schwollen die Halsdrüsen stärker an.

Am 1. Januar 1845. Der Puls war noch immer beschleunigt, die Haut trocken, spröde und in der Abschuppung begriffen, nur der Kopf dünstete bisweilen gelinde aus. Der Urin floss sparsam, nur wenige Unzen wurden in 24 Stunden ausgeleert, der Harn war hell und klar und machte einen starken Bodensatz, das Gesicht war aufgedunsen, der Unterleib aufgetrieben und weich. Die Fluktuation undeutlich. Die Submaxillardrüsen waren auf der rechten Seite des Halses bedeutend geschwollen, die Geschwulst verbreitete sich bis über die anliegende Parotis. Das Kind hatte noch keine Esslust, die Zunge war vorn rein und hinten weisslich belegt, kein Durst, wohl aber zuweilen Hitze und seit mehreren Tagen mehr Neigung zum Durchfalle vorhanden. Der Schlaf wechselte, war bald gut, bald unruhig.

Am 3. Seit gestern wurde kein Tropfen Urin gelassen. Der Unterleib zeigte im Liegen des Kindes keine Fluktuation, wohl aber beim Stehen des Kindes. Das Wasser befand sich im unteren Theile, während der obere eine Ansammlung von Gasen nachwies. Die Aufgedunsenheit des Gesichtes dauerte fort, dagegen war weder an den Beinen, noch an den Händen Oedem wahrzunehmen. Der später gelassene Urin war hell und klar, und bildete ein dickes, weissröthliches Sediment. Die Haut blieb trocken, und die Abschilferung schritt langsam fort. Die Geschwulst der Halsdrüsen und der Parotis hatte etwas abgenommen und fühlte sich weicher an.

Am 5. Es traten zwei Stühle mit unverdauten Speisen ein, die Zunge hatte sich wieder stärker belegt. Auch heute wurde in 24 Stunden gar kein Urin gemacht.

Am 6. Die Urinsekretion fiel reichlicher aus, der Urin selbst

war hell und klar, und bildete keinen Bodensatz. Die Drüsengeschwulst am Halse war in Eiterung übergegangen, und wurde durch die Lanzette geöffnet.

Am 10. Der Urin hatte ein strohfarbiges Aussehen und floss in grösserer Quantität. Auch wurde der Appetit besser und der Schlaf gut, der Beleg der Zunge wollte sich aber nicht verlieren. Erst am 19. Januar konnte das Kind als Konvalescentin entlassen werden.

Dieses ist ein Fall, wo das Hirnleiden der Wassersucht vorausging, aber dem Ausbruche des Scharlachs nachfolgte. Höchst wahrscheinlich war gleichzeitig aus dem Auftreten des Hirnleidens und des Scharlachs eine akute oder subakute Nephritis albuminurica vorhanden, die in die chronische Form überging. Der gleich schon am ersten Tage sparsame Urin und die weisslichtrübe Beschaffenheit, so wie das Sediment, weisen darauf hin. Noch mehr sprechen für diese Ansicht die Urinbeschwerden, die sich am dritten Tage der Krankheit einstellten. Ich bedauere nur, dass ich damals den Urin nicht genauer bezüglich des Eiweissgehaltes untersucht habe. Nicht weniger bemerkenswerth ist die äusserst sparsame Urinsekretion im ganzen Verlaufe der Krankheit, so wie der Wechsel der Farbe und des Bodensatzes. Der Kopfschmerz und das Erbrechen fehlten hier, wie dort. Gleichzeitige Gedunsenheit des Angesichtes und der baldige Eintritt von Ascites, ohne dass Erkältung oder eine andere Ursache angeschuldigt werden konnte. Die Konvulsionen währten zwar nicht so lange, standen aber an Intensität den Konvulsionen im zweiten Falle nicht nach. Die Andauer der Amaurose und des komatösen Zustandes während der Zwischenzeit beweisen, dass die Konvulsionen keine Eklampsie waren, sondern durch ein anderes Hirnleiden bedingt wurden. Aus allen diesen Gründen unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass dieses Hirnleiden eine Encephalopathia albuminurica war, welches noch innerhalb 24 Stunden wieder verschwand.

Diagnose.

Die Analogie der Erscheinungen, das rasche Auftreten und der schnelle Verlauf der Krankheit können Anlass geben, dieses Hirnleiden mit einigen anderen Affektionen zu verwechseln. Unterscheidungsmomente sind folgende.

Die Eklampsie ist eine Krankheit, die vorzugsweise in der ...en, schon selten in der zweiten Periode der Kindheit vor-

kommt. Sie beginnt mit der Geburt und endet gewöhnlich mit dem dritten bis vierten Lebensjahre, während das fragliche Hirnleiden nach allen bisherigen Beobachtungen nur bei Kindern, die bereits über diese Lebensperiode hinaus sind, beobachtet wurde. Zur Zeit, wo gewisse Veränderungen in der Chylopoëse vor sich gehen, wie während der Dentition und Entwöhnung der Kinder, kommt die Eklampsie häufig vor. Bisweilen werden alle Kinder einer und derselben Familie von dieser Krankheit befallen. Die Konvulsionen treten plötzlich auf, ohne sich vorher durch Kopfschmerz, Erbrechen, Amaurose, Erweiterung der Pupillen anzukündigen. Nach ihrem Schwinden folgt weder ein komatöser Zustand, noch eine anderweitige Störung des cerebralen Lebens.

Die Konvulsionen, welche mitunter dem Ausbruche des Scharlachs, der Masern und Pocken vorausgehen, werden von fibrilen Zufällen begleitet. Das baldige Erscheinen des Exanthemes gibt näheren Aufschluss. In der Zwischenzeit bestehen weder Koma noch Amaurose.

Die Febris intermittens soporosa s. comitata kommt bei Kindern selten vor, und unterscheidet sich, wofern nicht schon der erste Anfall tödtet, durch den intermittirenden Charakter der Zufälle, durch das Auftreten von Fiebersymptomen, durch den eintretenden Schweiss und den hypostatischen Urin. Zugleich sind die Konvulsionen nur zufällig oder fehlen gänzlich, während sie in der albuminurischen Gehirnaffektion das konstanteste Symptom sind. Auch war früher keine wassersüchtige Anschwellung und kein Eiweissharnen vorhanden.

Der sogenannte Wasserschlag wird bedingt durch das plötzliche Zurücktreten und Versetzen mehrerer Affektionen auf das Gehirn. Häufig entsteht daher diese Krankheit nach dem jähen Verschwinden der Exantheme, wie des Scharlachs, der Masern, der Pocken, der Rose, des Kopf- und Gesichtsgrindes, nach der plötzlichen Unterdrückung der Oterrhoe und habituellen Diarrhoeen. Ein ähnliches Kausalmoment ist bei dem in Rede stehenden Hirnleiden nicht aufzufinden. Meistens liegt keine Ursache vor. Es ist nur ein albuminurischer Hydrops zugegen. Auch die gesteigerte Gefässthätigkeit, die erhöhte Temperatur am Kopfe, die entzündliche Röthe der Bindehaut der Augen sind beachtenswerthe Momente. Was endlich den Ausgang dieser beiden Krankheiten betrifft, so geht die Encephalopathia albuminurica in der Mehr-



zahl der Fälle in Genesung über, während der Wasserschlag immer mit dem Tode endet.

Die Meningitis acuta verläuft weniger rasch, beginnt selten mit Konvulsionen, die gewöhnlich erst gegen das Ende der Krankheit auftreten, und wird von heftigen Kopfschmerzen, erhöhter Temperatur des Kopfes, Lichtscheu, Verengerung der Pupillen, hartnäckigem Erbrechen, Stuhlverstopfung und Reizfieber begleitet. Die Zufälle sind stetig und andauernd.

Verlauf, Dauer und Prognose der Krankheit.

Dieses Hirnleiden tritt in der Regel rasch auf und nimmt einen akuten Verlauf. Es bietet eine Symptomengruppe dar, die, wenn sie auch in einzelnen Zufällen wechselt, doch in ihren Hauptzügen sich stets gleich bleibt. Manchmal hebt die Krankheit mit Kopfschmerz oder Aufregung oder Schlummersucht an, manchmal aber fehlen Kopfschmerz und andere Gehirnzufälle, und erscheint als erstes Symptom wiederholtes Erbrechen. In anderen Fällen bestehen gleichzeitig Kopfschmerz und Erbrechen, oder treten plötzlich Amaurose und Konvulsionen auf. Die Konvulsionen sind von allen Hirnzufällen das konstanteste Symptom, und haben unstreitig die grösste Bedeutung. In unserem zweiten Falle dauerten sie 26 Stunden, mit kleinen Unterbrechungen, unaufhaltsam fort, und waren allgemein. Blackhall sah in einem Falle die eine Körperhälfte gelähmt und die andere in Konvulsionen versetzt. Rilliet spricht sich über die Konvulsionen also aus: „Die Konvulsionen sind entweder einseitig oder allgemein, und in diesem letzteren Falle markirter an der einen Seite als an der anderen; sie sind gewöhnlich sehr heftig und mit Blutandrang nach dem Antlitze, mit röchelnder Athmung und grosser Beschleunigung des Pulses begleitet. Sie wiederholen sich mehrmals in Pausen von einer Stunde bis 1 oder 2 Tage. Gewöhnlich haben sie in den ersten fünf Stunden schon aufgehört. Bisweilen folgt auf sie eine augenblickliche Lähmung. In den Pausen zwischen den Anfällen, besonders wenn diese sich schnell wiederholen, bekommen die Kinder ihr Bewusstsein nicht wieder; sie sind schlafsüchtig, komatös; die Pupillen sind sehr erweitert und unempfindlich gegen das Licht." Es können aber auch die Konvulsionen, wie Rilliet ferner bemerkt, dauern oder vorübergehen, von einer furchtbaren Ataxie (versatilen Nervenzufällen)

ersetzt werden, welche der Phrenesie gleicht und mit grosser Gefahr verbunden ist.

Die Krankheit hat mitunter eine kurze Dauer, und bisweilen schon in 24 Stunden ihren Cyklus vollendet. In anderen Fällen dauert sie aber länger und zieht sich mehrere Tage hin. In unserem zweiten Falle währten die Konvulsionen ungewöhnlich lange, und kehrte erst am achten Tage nach dem Eintritte der Konvulsionen das Bewusstsein zurück.

So weit bis jetzt die Erfahrung reicht, ging dieses Hirnleiden in der Mehrzahl der Fälle in Genesung über. Hieraus resultirt, dass die albuminurische Gehirnaffektion, so fürchterlich und bedenklich auch die Zufälle auf den ersten Augenblick scheinen, doch im Allgemeinen keinen gefährlichen Charakter habe. Vertritt aber ein versatiler, nervöser Zustand die Stelle der Konvulsionen, und dauert diese Ataxie über 12 Stunden hinaus, so schweben, wie Rilliet angibt, die Kranken in grosser Gefahr. Die Dauer der Konvulsionen ist wohl der beste Maassstab für die Berechnung der Gefahr. So lange aber nach ihrem Schwinden sich das Bewusstsein nicht völlig wieder einstellt, oder so lange noch ein komatöser Zustand, aus dem sich die Kinder gar nicht oder nur vorübergehend aufwecken lassen, besteht, ist auch das Gehirn von seinem tiefen Ergriffensein noch nicht wieder befreit. Am spätesten verliert sich die Erweiterung der Pupillen. Indess ist auf dieses Symptom an und für sich kein grosser Werth zu legen. In der Regel lässt dieses Hirnleiden keine anderweitigen Störungen, wie sie bei anderen Hirnkrankheiten vorkommen, zurück.

Aetiologie.

Die Neuheit des Gegenstandes, die geringe Zahl der bisherigen Beobachtungen und die wenigen Leichenöffnungen, die zur Zeit gemacht sind, tragen wenigstens dazu bei, dass das Wesen der mit Eiweissharnen verbundenen Gehirnaffektion noch von einem tiefen Dunkel umlagert ist. Vielleicht scheint mit der Zeit ein helleres Licht. Das seltene Vorkommen der Krankheit hat nicht weniger der richtigen Auffassung und Beurtheilung geschadet. Ich für meine Person gestehe gerne, dass ich erst durch Rilliet's Abhandlung, die ich mit grossem Interesse gelesen habe, auf dieses Hirnleiden aufmerksamer geworden und demselben eine andere Ansicht abgewonnen habe. Den ersten mitge-

theilten Fall, den ich im Jahre 1845 beobachtete, hielt ich damals für eine beginnende Meningitis tuberculosa, die sich zur Scharlachwassersucht gesellte, und den anderen Fall fasste ich als ein nervöses Hirnleiden auf. Die Art der Zufälle und ihr plötzliches Auftreten, so wie das Fehlen irgend einer vermittelnden Ursache, gaben zu dieser Annahme Anlass, und das rasche Verschwinden der Konvulsionen unter dem Gebrauche eines beruhigenden Mittels schien meine Ansicht zu bestätigen. Im dritten Falle dachte ich an die Konvulsionen, die bisweilen den Eintritt der akuten Exantheme begleiten. Indess hätten doch der komatöse Zustand und die Amaurose in den freien Intervallen, so wie die Störungen im uropoëtischen Systeme leicht auf eine andere Idee bringen können. Alle diese Zufälle wurden zwar nicht übersehen, aber nicht richtig hinsichtlich ihrer Natur gedeutet. Es war erst Rilliet vorbehalten, den dichten Schleier zu lüften.

Ob und welchen Einfluss das Alter und das Geschlecht, die Konstitution und die Jahreszeit haben, ist zur Zeit noch nicht erwiesen. Ebensowenig kennen wir die vermittelnden Momente. Von den Fällen, die uns Rilliet mittheilt, betraf der erste Fall einen 10jährigen kräftigen Knaben, der an einer geringen Auftreibung des Gesichtes und der Submaxillardrüsen litt; der zweite Fall ein 15jähriges Mädchen, das schlecht menstruirt und chlorotisch war; der dritte Fall ein 3jähriges Mädchen, welches von gesunden Aeltern geboren und gut genährt war und eine gesunde Konstitution hatte. Gölis berichtet, dass ein 4 Jahre alter Knabe vom Scharlach befallen wurde. Der Ausschlag war gering, und am 7. Tage das Fieber verschwunden. Drei Tage nach dem Verschwinden des Exanthemes zeigte sich auf der linken Seite eine Parotitis mit Oedem des Gesichtes, der Füsse und Hände. Die Esslust verlor sich, der Urin wurde sparsam, der Stuhl verstopft. Diuretische Mittel hatten keinen Erfolg. Am 10. Tage nach Beendigung des Fiebers folgte Betäubung, Schläfrigkeit, Empfindlichkeit der Augen, Hitze des Kopfes, Uebelkeit. Darauf traten unstillbares Erbrechen, heftiger Kopfschmerz, Stiche und Ziehen im Nacken, eine auffallende Veränderung der Gesichtszüge, Einsinken des Bauches, anhaltende Schlafsucht, Unregelmässigkeit der Respiration, Aufseufzen, langsamer Puls, grosse Aufregung des Gesichtes und Gehöres ein. Gölis spricht sich über die Konstitution des Knaben und die Veranlassung zur Krankheit, die er für Hydrokephalus hielt, nicht weiter aus. In

unseren drei Fällen standen die Kranken in einem Alter von 3, 4 und 17 Jahren. Das eine Kind war ein kräftiges, blühendes Mädchen, dessen Aeltern an Schwindsucht zu Grunde gingen; das andere ein Knabe von gesundem Aussehen, der an einer Anschwellung der Submaxillardrüsen litt, aber sich doch einer guten Gesundheit erfreute. Das dritte Kind war ein kräftiges, bisher gesundes Mädchen, dessen Mutter eine schwächliche Konstitution hatte, dessen Vater aber ein rüstiger und starker Mann war. Alle 3 Fälle kamen im Winter vor.

Machen wir aus diesen wenigen Fällen einen Schluss, so sehen wir, dass dieses Hirnleiden schwächliche und kräftige Kinder und sowohl Mädchen als Knaben befiel. Die jüngsten Kinder waren wenigstens 3 bis 4 Jahre alt, wie in den von Gölis und mir mitgetheilten Fällen, alle übrigen standen in einem Alter von 9, 10, 15 und 17 Jahren. Alle hatten mithin die erste Kindheit weit hinter sich, einige näherten sich der Pubertät, andere befanden sich schon in der Pubertätsperiode. Bemerken muss ich noch, dass in den Familien, aus welchen das erste und dritte Kind stammten, mehrere Geschwister von der Meningitis tuberculosa befallen wurden. In unserem zweiten Falle ging, wie schon gesagt, der Bruder nicht lange nach dem Ausbruche des Scharlachs in Folge eines Hirnleidens zu Grunde.

Ein anderes wichtiges Moment ist, dass Scharlach vorausging, Wassersucht folgte und Eiweiss durch den Urin ausgeschieden wird. Wenigstens kam, wie schon gesagt, in den von Rilliet gesammelten Fällen dieses Hirnleiden zehnmal nach Scharlach und nur zweimal bei der Bright'schen Krankheit vor. In unseren drei Fällen war ebenfalls Scharlach vorausgegangen. Es scheint daher dieses Hirnleiden mit dem Scharlach in einer näheren Verwandtschaft zu stehen, als mit der Nephritis albuminurica. Indess muss es doch auffallen, dass die mit Eiweissharnen verbundene Gehirnaffektion bisher so äusserst selten beobachtet wurde, während doch die Wassersucht durchaus kein seltener Ausgang des Scharlachs ist. Nicht weniger befremdend ist der Umstand, dass dieses Hirnleiden gewöhnlich erst nach zwei- bis vierwöchentlicher Andauer der Wassersucht auftritt. Worin liegt der Grund hiervon? Indessen treten bisweilen die Hirnzufälle mit der Wassersucht gleichzeitig ein. In anderen Fällen gehen sie ihr sogar voraus, oder eröffnen sie die Szene. Rilliet und ich haben dieses beobachtet. Dieses Hirnleiden tritt auch ein, ohne dass

ein exquisit ausgebildeter Scharlach vorherging. Einen alten Fall von latentem Scharlach hat uns Matthey mitgetheilt. Die Aeltern behaupteten, dass sie keinen Ausschlag wahrgenommen hätten, das Kind habe sich immer der besten Gesundheit erfreut und sei in seinem Schulbesuche nicht unterbrochen worden. Indess bemerkten sie, dass das Kind ungefähr fünf Wochen vor dem Eintritte der Auftreibung seines Antlitzes und der Submaxillardrüsen, die übrigens nur gering war, über einen unbedeutenden Halsschmerz geklagt habe, der bei ganz guter Gesundheit unbeachtet geblieben sei. Sie fügten noch hinzu, dass wenige Tage vor dem Oedem des Gesichtes das Kind mit blossem Kopfe während eines heftigen Regens unter die Gosse einer Dachrinne gekommen war. Matthey hatte nun, wiewohl von Abschuppung keine Spur sichtbar war, nicht den geringsten Zweifel über die entfernte Ursache des Hirnleidens.

Gehen wir nun näher auf das Wesen dieses Hirnleidens ein, so dürfen wir wohl annehmen, dass die Krankheit nicht entzündlicher Natur sei. Auch liegt ihr keine organische Verletzung, keine Strukturveränderung des Gehirnes zu Grunde. Das plötzliche Auftreten und das rasche Verschwinden, so wie der in der Mehrzahl der Fälle erfolgende Uebergang in Genesung, ohne alle fernere Störung der Geisteskraft, sprechen zu klar für diese Behauptung. Auch hat die Autopsie bis jetzt keine sinnlich wahrnehmbaren Verletzungen des Gehirnes oder seiner Hüllen nachgewiesen. Nur in einigen Fällen fand sich eine seröse Ergiessung. Cahen hält dafür, dass die kleine Menge Serum, die sich im Gehirne bisweilen vorfindet, viel wahrscheinlicher die Wirkung des mit dem Eiweissharnen verbundenen Hydrops, als die Wirkung einer lokalen Gehirnkrankheit sei. Das Gehirn selbst zeigte höchstens Spuren eines Kongestionszustandes, jedoch in nicht höherem Grade, als es nach heftigen Konvulsionen, in welchen Athmung und Blutlauf bedeutend gestört worden, der Fall zu sein pflegt.

Auf den ersten Augenblick scheint die Annahme einer Neurose als Ursache der Konvulsionen viel für sich zu haben. Allein betrachtet man genauer die Art, Form und Dauer der epileptischen oder eklamptischen Krämpfe, so wie ihren Verlauf und Ausgang, so kann man nicht lange bei dieser Idee verbleiben. Die Zufälle, welche die Encephalopathia albuminurica bezeichnen, bieten vielmehr eine Charakteristik dar, wie sie den sogenannten

rein nervösen Konvulsionen völlig abgeht. Ueberdies ist es ein höchst bedeutungsvoller Umstand, dass der Urin in dem fraglichen Hirnleiden Eiweiss enthält, während dieses bei rein nervösen Konvulsionen nicht der Fall ist. Schon hieraus darf man wohl folgern, dass die Hirnzufälle nicht auf zufälliger Koinzidenz beruhen, sondern in ursächlicher Beziehung zum Eiweissharnen stehen. Die Hirnzufälle sind aber nur sekundär, dagegen ist die albuminöse Nephritis das primäre Leiden. Warum bei dieser Nierenaffektion und bei Scharlachwassersucht das in Rede stehende Hirnleiden nicht häufiger auftritt, wissen wir nicht. Das vermittelnde Moment ist uns zur Zeit noch unbekannt, wiewohl der Grund und Boden, auf welchem das fragliche Hirnleiden keimt und sich entwickelt, hinsichtlich seiner Natur und Beschaffenheit keinem Zweifel unterliegt.

Rilliet nimmt zwei Grundursachen an, die Gehirnergiessung und die Intoxikation des Blutes. „Diese beiden Ursachen, sagt er, wirken in verschiedenen Graden, je nach der Epoche der Albuminurie, in welcher die Gehirnsymptome erscheinen. Wenn die Enkephalopathie in der ersten Periode des mit akuter oder subakuter Albuminurie verbundenen Hydrops eintritt, mag Scharlach mit im Spiele sein oder nicht, so sind wir geneigt, anzunehmen, dass das Gehirnleiden auf einer serösen Ergiessung im Gehirne beruht. Tritt aber die Enkephalopathie später ein, und zwar bei chronischer Form der Albuminurie oder wenigstens nach schon langer Dauer derselben, und darf man eine bedeutende Veränderung des Blutes annehmen, so glauben wir, dass die Gehirnerscheinungen die Folge der wirklichen Blutvergiftung sind."

Das grösste Gewicht legt Rilliet aber auf die akute Gehirnergiessung, mag nun die seröse Flüssigkeit in den Ventrikeln, innerhalb oder unterhalb der Arachnoidea abgelagert sein, oder sich als seröse Infiltration der Gehirnsubstanz manifestiren. Durch eine solche Annahme lassen sich allerdings die Erscheinungen leicht erklären. Auch hat die albuminurische Gehirnaffektion mit dem akuten Hydrokephalus, und zwar sowohl von primärem als sekundärem, d. h. auf Nierenleiden oder andere Gehirnaffektionen folgendem, in manchen Fällen grosse Aehnlichkeit. Ebenso zeigen die Hydrokephalieen, welche im Gefolge der Entzündung der Hirnhöhlenmembran oder der Gehirntuberkeln symptomatisch auftreten, Konvulsionen als das Hauptsymptom. Rilliet beruft sich ferner auf die Art der Symptome und ihr Auftreten, welche sich von den

Neurosen und Phlegmasieen unterscheiden, auf die Leichtigkeit, womit die so ernst scheinenden Zufälle verschwinden, und endlich auf die Beharrlichkeit einiger dieser Symptome. Er schliesst hieraus, dass irgend ein Element, welches fixer sei als eine Neurose oder Kongestion, aber nicht so fix als eine Phlegmasie, die Ursache der Krankheit sei.

Den vollgültigsten Beweis für die hydropische Natur der Krankheit nimmt er her von dem Verhalten des Oedems, welches in dem Masse schnell schwinde, wie das Gehirn ergriffen werde, aber beim Verschwinden der Gehirnzufälle wiederkehre.

Es ist nicht zu verkennen, dass die vier angeführten Gründe viel für sich haben. Gegen die beiden ersten lässt sich keine Einrede machen. Insoferne aus dem dritten Grunde die Entzündung und Neurose bestritten wird, ist er triftig. Was endlich den vierten und letzten Grund betrifft, so wollen wir die Erfahrung sprechen lassen. Die Erfahrung hat gelehrt, dass sich beim Auftreten der Hirnzufälle die wassersüchtige Anschwellung entweder gänzlich oder theilweise verliert. Ein Analogon bietet uns die Febris intermittens. Auch hier schwindet bisweilen die Wassersucht, wenn auch nicht so plötzlich, wie in diesem Hirnleiden. Während bei der Febris intermittens die erschütternden Frostanfälle zweifelsohne auf die Resorption des Wassers den grössten Einfluss ausüben, haben in dem albuminurischen Gehirnleiden wohl die Konvulsionen an dem Verschwinden der Hautinfiltration den meisten Antheil. Diese beiden Symptome, Frost und Konvulsion, stehen in einem verwandtschaftlichen Verhältnisse. Andererseits hat die Erfahrung gelehrt, dass keinesweges immer bei dem Nachlasse der Hirnzufälle die wassersüchtige Anschwellung wiederkehre. Einen Beweis liefert unser zweiter Fall. Hieraus geht hervor, dass man wenigstens nicht unbedingt einen Antagonismus zwischen den Gehirnzufällen und der Hautinfiltration annehmen dürfe. Bei den von Cahen beobachteten Kindern fand sich gar kein Oedem vor.

Was die Ergiessung im Gehirne betrifft, so haben Burrows und Kirkes in jüngster Zeit auf den in prognostischer und therapeutischer Beziehung wichtigen Unterschied aufmerksam gemacht, ob die serösen Häute beim Scharlach und bei der Bright'schen Krankheit primär oder sekundär befallen werden. Die primäre Affektion ist die direkte Wirkung des spezifischen Scharlachgiftes und manifestirt sich als Meningitis, Pleuritis, Pericarditis

oder Peritonitis. Aber auch in jenen Fällen, wo die kutane Eruption nicht zu Stande kam, treten diese Entzündungen auf und enden mit einem serösen Ergusse. Dagegen werden bei der sekundären Affektion die serösen Häute erst nach der Eruption des Scharlachs oder in einer späteren Periode desselben befallen. Diese Form ist die Folge einer eigenthümlichen Erkrankung der Nieren, wodurch die Ausscheidung gewisser Elemente aus dem Blute, namentlich des Harnstoffes, gehindert wird. Wenn gleich schon Bright die Geneigtheit der serösen Häute zu sekundärer Entzündung im Verlaufe einer chronischen Nierenaffektion erkannte und ihre Gefahr zu würdigen wusste, so haben doch erst Burrows und Kirkes die Eigenthümlichkeit dieser sekundären Entzündung näher beleuchtet. Abgesehen von der verschiedenen Ursache und der verschiedenen Zusammensetzung des in den serösen Höhlen abgelagerten Ergusses findet sich bei der Autopsie nur eine sehr geringe Vaskularität der ergriffenen serösen Häute und eine weiche, rahmige, flockige Lymphe, welche in einer hellen, milchigen Flüssigkeit schwimmt und selten in festeren Schichten sich abgelagert hat. Ueberdies kommt die sekundäre Affektion der serösen Häute schleichend heran, ohne die allgemeinen oder lethalen Erscheinungen, die sonst die Entzündung der serösen Häute zu begleiten pflegen. Weder Schmerz, noch Fieber gibt sich zu erkennen und oft wird erst nach dem Tode oder im Leben bei zufälliger Auskultation die Ergiessung in die Pleurahöhle aufgefunden. Diese Eigenthümlichkeit kommt einerseits auf Rechnung der in Folge der Nierenerkrankung eingetretenen allgemeinen Schwäche und Anämie, und ist andererseits vorzugsweise abhängig von der Ursache der Entzündung, nämlich von der abnormen und reizenden Beschaffenheit der in die serösen Höhlen ausgeschwitzten Flüssigkeit, die gleich dem Blutserum mit den eigentlich auszuführenden Elementen des Harnes mehr oder minder überladen ist. Je nach dem Gehalte des Harnstoffes wirkt das genannte Sekret auf die Wände der serösen Höhlen, in denen es sich angesammelt hat, mehr oder minder reizend.

Aus diesen kurzen Andeutungen ersehen wir einerseits die grosse Geneigtheit der serösen Häute überhaupt und des Gehirnes insbesondere zu sekundärer Entzündung im Verlaufe des Scharlachs und der Bright'schen Nierenerkrankung, und andererseits die Eigenthümlichkeiten, welche die sekundäre Entzündung von der primären unterscheiden. Ob aber alle die von Burrows

und Kirkes aufgestellten Behauptungen völlig begründet seien, bedarf noch der näheren Bestätigung. Indess sprechen das schleichende Auftreten, der chronische Verlauf und der Mangel aller Symptome, so wie die grosse Opportunität zu einer sekundären Entzündung, zu Gunsten eines serösen Ergusses. Wenn eine Diathese zur hydropischen Ergiessung besteht, bleibt auch das Gehirn nicht ausgeschlossen. Unter diesen Umständen hat das Gehirn wenigstens keinen Vorzug vor anderen serösen Häuten. Eben so gut wie sich im Sacke der Pleura und des Bauchfelles eine Ergiessung bilden kann, kann dieses auch im Gehirne geschehen.

Allein die seröse Ergiessung im Gehirne scheint keine wesentliche Erscheinung zu sein. Die Hirnzufälle bleiben sich im Leben ganz gleich, ob nach dem Tode ein seröses Exsudat gefunden wird oder nicht.

Nehmen wir die seröse Ergiessung im Gehirne als das Wesen der Krankheit an, so können wir nicht wohl einsehen, wie eine solche Ablagerung bisweilen schon in 24 Stunden spurlos wieder vorübergehen kann. In jenen Fällen, wo die Autopsie kein seröses Exsudat nachweist, liesse sich freilich an die hygrometrischen Eigenschaften des Gehirnes appelliren, wenn uns nicht Rokitansky's Versuche eines Anderen belehrt hätten. Ob sich aber unter dem Einflusse der lebenden Natur die hygrometrische Thätigkeit des Gehirnes anders verhalte, wer weiss es? Ist auch das Element, welches diesem Hirnleiden zu Grunde liegt, fixer als eine gewöhnliche Neurose, so lässt sich doch der nach dem Verschwinden der Konvulsionen eintretende komatöse Zustand auch ohne Gehirnergiessung wohl erklären. Sehen wir doch auch in der Febris intermittens soporosa eine ganz ähnliche Erscheinung. Der soporöse Zustand dauert auch hier bisweilen in der fieberfreien Zeit fort, und währt mitunter selbst mehrere Tage. Einen derartigen interessanten Fall habe ich anderswo mitgetheilt (Med. Zeit. vom Vereine für Heilk. in Preuss. 1853. Nr. 32).

Bei allen den Einreden, die sich gegen die Hydrokephalie als Ursache der Hirnzufälle machen lassen, muss man doch gestehen, dass Rilliet's Ansicht plausibler ist, als die der englischen Aerzte. Nach ihrer Meinung werden die Konvulsionen durch eine Blutvergiftung bedingt. Diese Intoxikation entsteht einerseits durch eine gewisse Beeinträchtigung des Eiweissgehaltes im Blute und andererseits durch die Aufnahme von Harnstoff in das-

selbe. Eine solche Veränderung in der Mischung des Blutes scheint allerdings wohl geeignet, Zufälle hervorzurufen, wie sie in der Encephalopathia albuminurica auftreten. Allein bei dieser Annahme bleibt es immerhin eine auffallende Erscheinung, dass in manchen Fällen das Eiweissharnen lange Zeit besteht, ohne im Mindesten eine Gehirnstörung zu veranlassen. Die Gehirnzufälle stellen sich ein, verschwinden, kommen wieder, wie Cahen bemerkt, ohne irgend eine wahrnehmbare Veränderung in der Beschaffenheit des Urines oder in der Menge des damit ausgeschiedenen Eiweisses. Mithin findet bei fortbestehender Ursache das Verschwinden der Wirkung sich nicht genügend erklärt.

Was den Harnstoff betrifft, so hat die chemische Analyse denselben mitunter in dem innerhalb der Ventrikel abgelagerten Serum nachgewiesen. Was folgt hieraus? Darf man deshalb behaupten, dass nur der Harnstoff die Ursache der Konvulsionen ist? Kann nicht mit demselben Rechte die seröse Flüssigkeit als solche, ohne alle Beimischung, angeschuldigt werden? Diese Annahme liegt wenigstens viel näher und ist eben so sehr gerechtfertigt.

Wenn es auch nach den bisherigen Erfahrungen feststeht, dass die Wassersucht nach Scharlach in allen Fällen mit Eiweissgehalt im Urine verbunden ist und Albumen im Urin nicht ohne Affektion der Nieren vorkommt, so ist doch die Menge des Eiweisses kein Anhaltspunkt für die Beurtheilung der vorhandenen Gefahr. Bence Jones sah am 3. Dez. 1844 einen Schulknaben, welcher die Nacht vorher krank geworden war. Er klagte über Angina und war bald mit Scharlachausschlag bedeckt. Es stellten sich keine üblen Symptome ein, bis am 20. Tage der Krankheit eine bei der Berührung empfindliche Anschwellung der Halsdrüsen erfolgte. Der Urin wurde damals nicht untersucht. Am 24. Tage war der Knabe in voller Genesung. In der darauf folgenden Woche aber verlor er den Appetit und hatte bisweilen etwas Kopfweh. Am 31. ging er frühe zu Bette; Leibesöffnung war durch Arznei bewirkt worden. Gegen 11 Uhr Nachts hatte er sich erbrochen und wurde er bewusstlos gefunden. Am nächsten Tage um 1 Uhr, wo Jones ihn sah, war er wieder zu sich gekommen, aber er hatte sich mehrmals erbrochen, ohne viel über Kopfschmerzen zu klagen. Urin zur Untersuchung war nicht zu haben. Nach wenigen Minuten verfiel der Knabe in einen heftigen epileptischen Anfall. Es wurden mittelst Schröpf-

köpfe sechs Unzen Blut entzogen. Der Knabe klagte über Schmerz, den ihm die Schröpfköpfe machten, und während diese noch ansassen, trat ein neuer epileptischer Anfall ein. Diese Anfälle kehrten stündlich fünfmal wieder. Kurz vor jedem Anfalle wurde der Puls hart, aber nach Beendigung des Anfalles bei eintretender Ausdünstung der Haut weich und gross. Bis 7 Uhr Morgens hatte er sieben Anfälle. Es wurde ein Aderlass von 10 Unzen angeordnet. Darauf trat einige Besserung ein. Von 12 bis 2 Uhr wiederholten sich aber die Krampfanfälle so häufig, dass kaum eine Remission zu bemerken war. Besonders war die rechte Körperhälfte ergriffen und Opisthotonus damit verbunden. Der Puls blieb jedoch gehoben, viel Schweiss stellte sich ein, und der Knabe liess etwas Urin in's Bett gehen. Um 3 Uhr wurde er ruhiger, und um 5 Uhr Abends hörten die Anfälle ganz auf. Um $8^1/_2$ Uhr lag er ruhig, aber bewusstlos. Am 33. Tage um 9 Uhr Morgens war er bei Bewusstsein. Der nun aufgefangene Urin enthielt einige Blutkörperchen, einige Fibrincylinder, viel freie Harnsäure und Albumen in geringer Menge. Am 41. Tage gab der Urin gekocht und mit Salpetersäure behandelt nur einen geringen Niederschlag. Es war also nur sehr wenig Albumen vorhanden; der Urin war alkalisch. Der Knabe erholte sich allmählig, bekam seine Kräfte wieder und genas völlig.

Dieser Fall, welcher mit unserer zweiten Beobachtung grosse Aehnlichkeit hat, beweist klar, dass auch bei geringer Menge von Eiweissgehalt im Urine gefährliche Hirnzufälle eintreten können. In anderen Fällen war die Quantität des Albumen sehr bedeutend, ohne dass die Symptome einen anderen Charakter zeigten. Die Menge des Eiweisses hat also keinen bestimmten Einfluss auf die Art und den Eintritt der Hirnzufälle, wenngleich ein inniges Verhältniss zwischen der albuminösen Nephritis und der fraglichen Enkephalopathie nicht geläugnet werden kann. Wie lange nach Scharlach Albumen im Urine wohl vorkommen möge, ist bis jetzt noch nicht entschieden. Jones will noch mehrere Monate nach Scharlach den Urin eiweisshaltig gefunden haben und zwar ohne üble Symptome.

Fassen wir die bisherigen Erörterungen in einen kurzen Ueberblick. Wir haben nachgewiesen, dass die Encephalopathia albuminurica weder eine Entzündung, noch eine Neurose sei. Wir haben ferner dargethan, dass, wenn auch die Annahme einer serösen Ergiessung im Gehirne die Zufälle ziemlich befriedigend

erkläre, doch manche Einreden zulasse. Wir haben endlich gezeigt, dass die Blutvergiftung keineswegs einen über allen Zweifel erhabenen Ausfluss über das Wesen der in Rede stehenden Krankheit gebe. Bei dem regen Forschungsgeiste steht aber wohl zu erwarten, dass wir mit der Zeit die richtige Ansicht gewinnen werden.

Behandlung.

Die richtige Anschauung von dem Wesen der Krankheit bestimmt allein den Heilplan. So lange aber die Ansichten über die Natur dieses Hirnleidens noch divergiren, kann auch das Heilverfahren nicht anders als verschieden ausfallen.

In den von Rilliet aufgezeichneten Fällen spielen die Blutentziehungen eine Hauptrolle. Dieses darf keineswegs befremden, da man bisher das in Rede stehende Hirnleiden für eine Entzündung hielt. Englische Aerzte gingen wirklich verschwenderisch mit dem Blute um. So entzog Abercrombie einem 10jährigen Mädchen sogar 60 Unzen, und Hunt einem Kinde von demselben Alter 30 Unzen Blut, während Marshall Hall einem 14jährigen Knaben 625 Grammen Blut aus der Jugularis und, da der komatöse Zustand fortdauerte, noch 218 Grammen Blut aus der Armvene abzapfen liess. Wer sollte nicht staunen über solche enorme Blutentziehungen? Sie verdienen nicht nur keine Nachahmung, sondern sind durchaus verwerflich.

Gölis war sparsamer mit diesem Lebenssafte, und kam doch zum Ziele. Er verordnete in dem eben mitgetheilten Falle Kalomel, Blutegel hinter die Ohren, Blasenpflaster und kalte Uebergiessungen des Kopfes. Da diese Mittel keinen Erfolg hatten, so verordnete er noch einmal Blutegel und liess ein Blasenpflaster auf die Parotis legen. Die Schmerzen verminderten sich, das Erbrechen hörte auf, der Puls wurde nun erst recht fieberhaft. Die Vesikatorstellen wurden in Eiterung erhalten. Er gab Kalomel in Verbindung mit Digitalis und später letztere in Verbindung mit Cremor tartari und dann einen leichten Baldrianaufguss. Unter dieser Behandlung verschwand das Oedem und die Parotitis, und die Heilung erfolgte.

Auch Rilliet hat sich nicht durch die Behandlung englischer Aerzte verblenden lassen, wiewohl er Blutentziehung und Entfernung des ergossenen Serums für die besten und sichersten Mittel hält, um dieses Gehirnleiden zu beseitigen. Wofern bei-

tige Kongestionen gegen das Gehirn vorhanden sind, die Temperatur am Kopfe erhöht ist und eine gesteigerte Gefässthätigkeit besteht, ist allerdings eine Blutentziehung durch Applikation von Blutegeln an die Schläfe oder den Zitzenfortsatz vorzunehmen. Bei Kindern reicht eine solche Blutentziehung in der Regel aus, und ist der Kräftevorrath wohl zu berücksichtigen und zu schonen. Die Konvulsionen an und für sich geben keine Anzeige zur Blutentziehung, wofern sie nicht von Kongestionen gegen den Kopf und einem gesteigerten Gefässleben begleitet werden. Auch der komatöse Zustand als solcher erfordert eben so wenig in diesem Hirnleiden als in der Febris intermittens soporosa eine Blutentziehung.

Im dritten Falle wurden nur 4 Blutegel an den Kopf gesetzt und innerlich Salpeter gegeben. Die starken Kongestionen zum Gehirne, das Klopfen der Karotiden, das glühend heisse und rothe Gesicht, die erhöhte Temperatur im Kopfe und in den übrigen Körpertheilen und die Beschaffenheit des Pulses indizirten diese Behandlung. Die Blutentziehung wurde nicht wiederholt. Schon diese geringe Blutentziehun greichte bei dem gleichzeitigen Gebrauche des Salpeters völlig aus, die fürchterlichen Gehirnzufälle rasch zu beseitigen und das hypersthenische Fieber auf den erethischen Charakter zurückzuführen. Auch bei Hydrocephalus acutus oder bei Meningitis tubercularis kann ich den Blutentleerungen durchaus nicht das Wort reden.

Ein unter so bedenklichen Symptomen auftretendes Hirnleiden verlangt gewiss ein energisches Einschreiten. Werden die Konvulsionen und der komatöse Zustand von subinflammatorischen Zufällen begleitet, sind Mittel in Anwendung zu bringen, die den aufgeregten Gefässsturm rasch beseitigen und zugleich die Sekretion der Nieren und des Darmes vermehren. In dieser Beziehung empfehlen sich Kalomel, Digitalis oder Digitalin, Nitrum, Tart. boraxat., Kal. acet. Lavements sind eben so wenig als äussere Revulsivmittel, wie Senfteige und Vesikatore, zu verwerfen. Unter anderen Verhältnissen bekämpft man am besten und sichersten die Konvulsionen durch ein Sedativmittel und den nachfolgenden komatösen Zustand durch Antreibung der Urinsekretion.

Verweilen wir einen Augenblick bei der Behandlung, die wir in den von uns mitgetheilten Fällen eingeschlagen haben. Weder in dem ersten, noch in dem zweiten Falle wurde Blut entzogen. Wiewohl bei dem Mädchen der Kopfschmerz, die Schlum-

mersucht, der Wechsel der Gesichtsfarbe und der gereizte Puls zu einer Blutentleerung einladeten, so würde sie doch unterlassen, weil die Temperatur am Kopfe nicht erhöht war. Es wurde verordnet: Rp. Tartari natron. ℥jj, Aqu. Petroselin. ℥jjß, Spirit. Juniperi ʒjj, Spirit. nitric. aether. ℈j, Syrup. Rhei ℥ß MS. zweistündlich einen Kinderlöffel.

Schon am folgenden Tage, wo mit dem Stuhle ein Spulwurm abging, war der seröse Zustand verschwunden, und trat grössere Munterkeit und vermehrte Urinsekretion ein. Der anfangs trübe und jumentöse Urin wurde hell und klar, und die Besserung machte augenscheinlich Fortschritte. In unserem zweiten Falle bewiesen sich die Zinkblumen unwirksam, dagegen brachte das Extr. opii aq. die Konvulsionen, ungeachtet ihrer Intensität und der 26stündigen Andauer, gleich zum Schweigen. Der nachfolgende komatöse Zustand wurde durch die oben angegebenen diuretischen Mittel beseitigt.

Rilliet sah nach flüchtigen Einstichen in die innere Fläche der Oberschenkel eine schnelle Verminderung des Oedems, darauf eine stärkere Urinsekretion und endlich einen raschen Nachlass der Gehirnzufälle eintreten. Er empfiehlt dieses Mittel bei sehr beträchtlicher Hautinfiltration und sparsamer Urinabsonderung, und behauptet, dass die mit der Lanzette an zwei oder drei verschiedenen Stellen des Oberschenkels zwei bis drei Millimeter tief gemachten Hautstiche weder Entzündung, noch Brand zur Folge hätten. Dieses in anderen Fällen bewährte Mittel verdient auch hier versucht zu werden, wenn anders die Urinsekretion sich nicht vermehren lässt. Wenn die Hautinfiltration nach dem Eintritte der Hirnzufälle geschwunden ist, wäre mit den flüchtigen Hautstichen so lange zu warten, bis sich das Wasser wieder in den äusseren Theilen angesammelt hätte.

Sind die Konvulsionen von einem starken Blutandrange gegen das Gehirn begleitet, und wollen sie nicht weichen, so soll sich die Kompression der Karotiden, die bekanntlich Blaud zuerst bei heftigen Kongestionen empfohlen hat, noch wirksamer gezeigt haben. Trousseau behauptet, die Kompression bei einem Kinde mit Erfolg angewendet zu haben. Blaud versuchte die Kompression der Karotiden in einem dringenden Falle von Meningitis, wo starke Blutentziehungen nicht gestattet waren, und gibt folgendes Verfahren an. Man nähert die Karotiden von beiden Seiten und presst sie mit Daumen und Zeigefinger gegen den

unteren seitlichen Theil des Kehlkopfes, oder indem man sie von vorn nach hinten mit Daumen und Zeigefinger gegen die Wirbelsäule andrückt. Die erstere Art sei bei mageren Kindern vorzuziehen, wo die Karotiden nicht tief liegen, dagegen empfehle sich die zweite Art bei gutgenährten Subjekten, deren Karotiden reichlich mit Zellgeweben umgeben sind.

Der therapeutische Werth dieses Mittels dürfte wohl nicht hoch anzuschlagen sein. Bei einseitiger Konvulsion wäre es noch am ehesten zu versuchen, wofern die anderen Mittel im Stiche liessen. Aber auch in diesem Falle verdient es keine Empfehlung. Die Kompression der Karotis hemmt zwar einerseits den Blutandrang zum Gehirne, aber sie verursacht auch andererseits eine Stockung in der Zirkulation in der Vena jugularis interna. Der auf der einen Seite gewonnene Vortheil geht also auf der anderen wieder doppelt verloren. Höchst gefährlich würde das Experiment sein, wenn wegen allgemeiner Konvulsionen die Karotis auf beiden Seiten komprimirt würde.

Das übrige Heilverfahren richtet sich nach den Anzeigen. Ausser der Antreibung der Diurese suche man den Kräftezustand zu heben, zumal wenn durch starke Blutentziehungen grosse Schwäche eingetreten ist.

III. Hydrocephaloid.

Das Hydrocephaloid hat seinen Namen geliehen von der Aehnlichkeit gewisser Affektionen mit dem hitzigen Wasserkopfe. Nachdem zuerst Abercrombie auf diese pathologischen Zustände aufmerksam gemacht, haben Marshall Hall und Gooch dieselben näher gewürdigt. In früherer Zeit hat man wahrscheinlich dieses Hirnleiden auf Rechnung der Apoplexia ex inanitione gesetzt. Marshall Hall nimmt zwei Stadien an, das irritable und das torpide. Anfangs scheint noch eine schwache Reaktion vorhanden zu sein, später aber findet sich ein gänzlicher Verfall der Kräfte.

In der ersten Periode ist das Kind reizbar, unruhig und fiebert, das Gesicht ist geröthet, die Oberfläche des Körpers heiss und der Puls häufig. Man bemerkt eine ungewöhnliche Empfindlichkeit der Gefühlsnerven. Das Kind schreckt auf bei der Berührung und bei plötzlichem Geräusche. Der Kopf ist schwer, und kann nicht ohne Unterstützung aufrecht gehalten werden. Das Kind schliesst und öffnet die Augen mit einem eigenthüm-

leiden Ausdrucke von Mattigkeit. Es schreit, seufzt und winselt während des Schlafes. Die Respiration ist beschleunigt, die Zunge weisslich belegt und Diarrhoe vorhanden.

In der zweiten Periode wird das Gesicht blass, die Wangen sind kalt, die Augen nur halb geschlossen und die Pupillen erweitert. Die vorgehaltenen Objekte werden nicht mehr fixirt. Mitunter tritt Schielen, selbst Amaurose ein. Die Respiration ist langsamer, unregelmässig, seufzend und endlich röchelnd, der Puls wird kleiner, matt und schwach, behält aber seine Frequenz bei. Zuweilen erscheint ein quälender, heiserer Husten. Der Durchfall dauert fort, die Stühle sind grün. Dazu gesellen sich Koma und Stupor und ein gänzlicher Verfall der Kräfte.

Dieses Hirnleiden kommt in den ersten Lebensperioden nicht selten vor, und wird vorzugsweise durch erschöpfende Entleerungen, sei es durch Diarrhoe oder Blutverlust, veranlasst. Schwächliche Kinder oder solche, die durch erschöpfende Krankheiten oder Behandlungen heruntergekommen sind, werden leicht von der Krankheit befallen. Zuweilen sind keine erschöpfende Entleerungen vorausgegangen, wie dieses schon Gooch bemerkt. Frühzeitiges Entwöhnen, schlechte Nahrung, vernachlässigte Pflege, Entziehung der Luft und des Lichtes können ähnliche Zufälle verursachen. Anämie, chlorotischer Zustand, Veränderungen in der Qualität des Blutes beeinträchtigen die Ernährung des Gehirnes und bewirken funktionelle Störungen, wie sie im Hydrocephaloid vorkommen. Bennet sah unter diesen Umständen das Hydrocephaloid namentlich bei schwächlichen entkräfteten Kindern aus der ärmeren Klasse, und beschuldigt als Kausalmoment eine mangelhafte Ernährung des Körpers und eine unvollkommene Beihülfe anderer Lebensreize, besonders der Luft und des Lichtes.

Erster Fall. Hydrocephaloid und Erschöpfung durch Diarrhoe.

Mein zweites Söhnchen, Friedrich August, welches an der Mutterbrust gut gedieh, wurde in seinem siebenten Lebensmonate von einem hartnäckigen Durchfalle heimgesucht. Die Stühle bestanden anfangs aus flüssigen gelblichen, übelriechenden Massen, im weiteren Verlaufe der Krankheit aber wurden sie grau und zeigten zuweilen eine leichte Beimischung von Grün. Nach einer fast 14tägigen Andauer der Diarrhoe, die ohne Fieber blieb, gesellte sich Erbrechen hinzu. Dieses stellte sich häufig ein, sowohl in ruhiger Lage als auch beim Aufnehmen des Kindes, längere oder kürzere Zeit nach dem Genusse der Muttermilch oder eines ande-

ren Getränken, und schien anfangs einen schwach säuerlichen Geruch zu haben. Unruhe, Hin- und Herwerfen des Kopfes, Verdriesslichkeit, eigenthümliches Schreien, Ausstrecken und Wiederanziehen der unteren Extremitäten, Schlagen mit den Händen gingen gewöhnlich dem Eintritte des Erbrechens oder Stuhles vorher. Nach erfolgter Ausleerung fühlte sich das Kind äusserst matt, und sank mitunter in einen der Ohnmacht ähnlichen Zustand. Die hintere Hälfte der Zunge war gastrisch belegt, der Appetit fast ganz verschwunden, der Durst dagegen vermehrt, so dass das Kind Unwillen verrieth, wenn man ihm nicht genug einflösste. Der Unterleib fiel ein, war weich und fühlte sich gegen Abend in der epigastrischen Gegend etwas wärmer an. Die Urinsekretion ging ungestört von Statten. Die unteren und oberen Extremitäten zeigten eine wahre Marmorkälte, und konnten kaum durch Wärmflaschen, Einhüllen in Watte oder Flanell erwärmt werden. Auch die Stirne und Wangen fühlten sich eiskalt an.

Von Tag zu Tag nahmen die Kräfte sichtlich ab, die Nase spitzte sich, das Gesicht war blass, mit dem Ausdrucke eines tiefen Leidens, und die Augen lagen tief in ihrer Höhle. Das Kind schlummerte fast anhaltend, konnte aber noch durch Anreden geweckt werden, und erschrack leicht bei Berührung und Geräusch. In den Schlummeranfällen war der Mund gewöhnlich geöffnet, die Augen nur halb geschlossen und bald nach oben, bald nach innen gerollt. Mitunter auch starrte das Kind in die Luft, und richtete die Augen entweder aufwärts gegen die Zimmerdecke oder gerade aus, als wenn es mit grosser Aufmerksamkeit irgend einen Gegenstand betrachtete. Fuhr man in diesem Zustande mit der Hand über oder gegen die Augen, so behielten sie ihren stieren Blick; berührte man aber nur die Spitze der Cilien, so schlossen sie sich gleich. Die Pupille war meistens verengert, Lichtscheu jedoch nicht vorhanden.

Den Kopf lehnte das Kind gern an, es konnte ihn aber auch aufrecht halten. Die Respiration gestaltete sich äusserst leise, kaum sicht- und hörbar, und die ausgeathmete Luft schien der Hand kalt zu sein. Die Volarfläche beider Hände, so wie die innere Seitenfläche der Finger zeigten eine eigenthümliche dunkelrothe Farbe, die bis an das Handgelenk sich ausbreitete, ohne dieses aber nur im mindesten zu überspringen. Mitunter trat Reizhusten ein. Auch erschienen nicht selten konvulsivische Zuckungen mit Einschlagen der Daumen in die Hohlhand. Bald wurde die linke, bald die rechte Wange rosenroth, und tiefe, seufzerartige Athemzüge ausgestossen.

Plötzlich konnte das Kind zu schreien anfangen, und warf dabei den Kopf gewaltsam nach hinten über. Diese Schreie, welche der Vox hydrocephalica ähnlich waren, wurden mit voller Kraft ausgestossen und waren äusserst fein, kreischend, langgezogen und höchst durchdringend. Auf die ganze Umgebung des Kindes, besonders auf diejenigen, welche um die Wiederherstel-

lung derselben besorgt waren, wirkten sie äusserst empfindlich ein. Ob diese eigenthümlichen Schreie, die wohl von einem heftigen, periodisch sich steigernden Schmerzgefühle herrührten, durch eine krankhafte Irritation des N. vagus bedingt wurden, lassen wir dahingestellt, müssen aber bemerken, dass eine Spinalreizung vorhanden zu sein schien, da ein Druck auf die Halswirbel stets Weinen verursachte und ungerne geduldet wurde.

Was das eingeschlagene Heilverfahren angeht, so versuchte ich anfangs kleine Gaben Kalomel, die sich nach Kopp's Empfehlung gegen Diarrhoeen wohlthätig erweisen sollen, bemerkte aber von diesem Mittel, selbst in Verbindung mit Emulsionen, keinen günstigen Erfolg. Erst beim Gebrauche roborirender und belebender Mittel, als des Extr. c. aurant., der Tr. rhei vin., einer Auflösung des Ferr. mur. oxydulat. in Zimmtwasser, welche mit Einreibungen von Ungt. nerv., aromatischen Fomentationen auf den Unterleib und schleimig nährenden Lavements verbunden wurden, schwand die Diarrhoe, die Kräfte nahmen wieder zu, Wärme des Körpers trat an die Stelle der früheren Eiskälte und völlige Genesung erfolgte rasch. Das eigenthümliche, kreischende Geschrei und die schmerzhafte Sensation der Halswirbel, gegen welche letztere ein kleines Vesikator angewendet wurde, verloren sich aber erst allmählig.

Zweiter Fall. Hydrocephaloid aus Erschöpfung durch Blutverlust.

Dina M., ein 2jähriges, kräftiges und gesundes Mädchen, wurde des Nachts am 2. April von einem heftigen Husten befallen, der mit grosser Dyspnoe und starkem Schleimrasseln verbunden war, aber nicht den Krupton hatte. Erst Abends sieben Uhr sah ich das Kind. Man hörte schon in der Ferne das Schleimrasseln, die Dyspnoe war gross, die Respiration sehr beschwerlich, das Gesicht feuerroth und heiss, die Temperatur auch am übrigen Körper bedeutend erhöht, der Puls frequent und zusammengezogen, der Durst vermehrt, die Esslust verschwunden, die Haut trocken.

Es wurden drei Blutegel verordnet und zum inneren Gebrauche, ausser Kalomel, eine Emulsion mit Salpeter und Vin. stib. Es erfolgte darauf zweimal Erbrechen und das Schleimrasseln liess nach, dagegen wurde das Gesicht leichenblass, das Kind verdrehte die Augen und fiel in einen soporösen Zustand, der Kopf war schwer und liess sich nicht aufrecht halten, sondern wurde nach hinten übergebeugt.

Am 3. In verflossener Nacht wiederholte sich das Erbrechen noch dreimal und drei Stühle traten ein. In den Morgenstunden hatte sich die Dyspnoe fast ganz verloren, die Respiration war viel feiner und das Schleimrasseln kaum noch hörbar, das Fieber remittirte bedeutend, exacerbirte aber gegen Abend, wo auch das Schleimrasseln wieder stärker wurde.

Die Blutegel waren nicht auf die angewiesene Stelle applizirt

worden. Die Nachblutung hatte die ganze Nacht angedauert. Selbst bei meinem Morgenbesuche hatte sie noch nicht aufgehört. Bestreuen mit Weizenmehl, Auflegen von Feuerschwamm und ein Kompressivverband waren ohne Erfolg geblieben. Erst Betupfen der Blutegelstiche mit Lap. infern. stillte die Blutung.

Am 4. Das Kind lag in tiefem Sopor, war hinfällig und apathisch; es sprach kein Wort, so gesprächig es auch früher war, und achtete weder auf die Umgebung, noch auf seine Spielsachen. Mitunter wurde es unruhig, und griff mit der Hand nach den Genitalien. Das Gesicht war auffallend blass, röthete sich aber vorübergehend, die Wangen und Stirne fühlten sich kalt an, der Kopf konnte nicht ohne Unterstützung aufrecht gehalten werden, sondern lehnte sich gleich an. Der Puls war frequent, matt und wenig gefüllt, die Respiration etwas beschleunigt. An der Oberlippe sah man drei und an der Unterlippe zwei Phlyktänen, und im Gesichte zeitweise Zuckungen eintreten. Das Kind schmeckte häufig mit dem Munde, öffnete zuweilen die matten Augen und schloss sie dann wieder. Die Zunge war bis zur Mitte rein und trocken. Erbrechen trat nicht ein, aber wohl ein dünner Stuhl von grüner Farbe, Urin wurde wiederholt gelassen, der Unterleib fühlte sich weich an und verrieth keine Schmerzen beim Drucke, das Schleimrasseln war gelinde. Das Kind nahm nichts zu sich als mitunter klares Wasser, das mit Zucker versetzt wurde. Ueberdies wurden ihm abwechselnd Haferschleim und Kalbfleischbrühe gereicht.

Am 5. Die Schlummersucht dauerte noch ohne Unterbrechung fort, die Augen waren ganz geschlossen und die Wangen kalt, das Gesicht hatte eine blasse Farbe. Das Kind sagte nichts, weinte auch nicht und war beim Aufwecken vorübergehend verwirrt. Es schmeckte oft mit dem Munde und schluckte etwas nieder, auch trat es zuweilen mit den Beinen, die es nicht gern unter der Bedeckung hielt. Stuhl und Urin gingen unwillkürlich ab. Der Puls hatte sich indess wieder etwas gehoben, blieb aber noch frequent, auch die Respiration war beschleunigt und erschwert, das Schleimrasseln aber gelinde, und Husten erschien selten.

Nachdem das Kind den ganzen Tag in diesem Zustande zugebracht, trat in den späten Abendstunden plötzlich ein heftiger Husten ein, und mit demselben kam ein 9 Zoll langer dicker Spulwurm aus dem Munde. Im weiteren Verlaufe der Krankheit ging mit dem Stuhle noch ein Spulwurm ab. Der Hustenanfall erschien nicht wieder.

Am 6. Das Befinden hatte sich wesentlich geändert. Der soporöse Zustand war weniger anhaltend, der Blick war munterer und das Auge nicht mehr so matt. Das Kind zeigte wieder Vergnügen an seinen Spielsachen und nahm seine Puppe in den Arm, liess aber keinen Laut vernehmen, sondern blieb ganz stumm.

Allmählig schwanden Husten und Schleimrasseln, die Esslust

steigerte sich, die Kräfte nahmen sichtlich wieder zu. Dagegen wurde das Kind später äusserst verdriesslich und mürrisch. Am 10. April war es wieder hergestellt.

In diesem Falle waren die Hirnzufälle offenbar durch den Blutverlust veranlasst, während sie im ersteren Falle durch Diarrhoe verursacht wurden. Die Blutentziehung entsprach allerdings den Anzeigen, fiel aber durch Zufall reichlicher aus, als sie es sollte. Die Applikation von drei Blutegeln würde gewiss nicht einen Zustand von Erschöpfung herbeigeführt haben, wenn die Nachblutung eher wäre gestillt worden. Bei Kindern ist es mehr als rathsam, nur an solchen Stellen Blutegel zu appliziren, die eine knöcherne Unterlage haben und nöthigenfalls eine gehörige Kompression gestatten. Das Weichgebilde des Halses, welches hier gewählt wurde, ist keine geeignete Stelle.

Diagnose.

Das Hydrocephaloid hat mit dem hitzigen Wasserkopfe so manche Zufälle gemein, dass wohl auf den ersten Augenblick eine Verwechselung beider Krankheiten stattfinden kann. Ein solcher Irrthum ist von um so ungünstigeren Folgen, weil diese beiden Krankheiten auf ganz entgegengesetzten ätiologischen Verhältnissen beruhen. Wer aber mit der Anamnese einerseits und andererseits mit dem Wesen der Erschöpfung vertraut ist, wird nicht leicht einen Missgriff machen.

Im ersten Stadium des Hydrocephaloids, in der sogenannten Reaktionsperiode, wird die Diagnose gesichert durch den vorhergegangenen oder noch vorhandenen Durchfall, und im zweiten Stadium durch die Andauer reichlicher, schleimiger Stühle und das Auftreten der Erschöpfungszufälle. Sowohl in diesem Falle als auch in dem Falle, wo die Krankheit durch grossen Blutverlust entstand, geben das gänzliche Darniederliegen der Kräfte, die Marmorkälte der Extremitäten, die Eiskälte der Wangen, die auffallende Blässe des Gesichtes, der matte Blick, das Einsinken der Fontanellen, der frequente, schwache und leere Puls hinlänglich Aufschluss über die Natur der Krankheit. Solche Zeichen charakterisiren die Erschöpfung zu deutlich, als dass sie mit aktiven Gehirnsymptomen verwechselt werden könnten.

Bei Diarrhoe der Kinder sei man auf das Auftreten von Hirnzufällen gefasst, und lasse sich dadurch nicht von der Hebung des Durchfalles abhalten. Wollte man hier die Gehirnsymptome durch Blutegel, kalte Fomente und sparsame Nahrung bekämpfen, so würde in Folge der unzweckmässigen Behandlungsweise das

heben-tintes Koma und Konvulsionen bald einstellen. Wo man im Zweifel über das Heilverfahren ist, berücksichtige man wohl, wie West bemerkt, ob alle Zeichen der Gehirnaffektion im Einklange sind, was bei wirklicher Gehirnkrankheit nie fehlt. Auf diese Weise lässt sich dem Irrthum entgehen.

Auch die Pneumonie wird bei den Kindern bisweilen von sympathischen Hirnzufällen begleitet. Es ist wohl zu unterscheiden, ob die Gehirnsymptome gleichzeitig mit dem Brustleiden auftraten, oder aber erst erschienen, nachdem starke Blutentziehungen und ein schwächendes, antiphlogistisches Verfahren vorausgegangen. Im ersteren Falle muss man die Hirnzufälle für sympathisch halten, wenn Auskultation und Perkussion die Entzündung der Lunge nachweisen, im anderen Falle sind sie die Folge der Erschöpfung.

Werden bei wirklichen Gehirnkongestionen zu reichliche Blutentziehungen gemacht und zu starke Abführmittel gereicht, so tritt, wie West angibt, später Schläfrigkeit ein, das Kind bricht Alles aus, hat aber heftigen Durst. Hält man dieses wiederum für aktive Gehirnsymptome und verfährt antiphlogistisch, so stirbt das Kind in Folge der energischen Behandlung.

Entstand das Hydrocephaloid ohne erschöpfende Entleerungen, so sind in diagnostischer Beziehung die schwache Konstitution, die Anämie, der chlorotische Zustand des Kindes und seine Lebensverhältnisse zu berücksichtigen. Fehlerhafte oder keine ausgiebige Nahrung, Mangel an Reinlichkeit und Hautpflege, Wohnen in dumpfen, feuchten Stuben, Entziehung der Luft und des Lichtes müssen uns bei der Auffassung der Krankheit leiten.

Behandlung.

Das Wesen oder der Grundcharakter des Hydrocephaloids ist Erschöpfung. Hieraus resultirt das Heilverfahren. Sistirung des Durchfalles, so wie Beseitigung anderer Kausalmomente, und Hebung der Kräfte sind die Aufgaben, wenn die Behandlung einen guten Erfolg haben soll.

Diesen beiden Anzeigen entspricht das Ferr. mur., welches sich in unserem ersten Falle äusserst wohlthätig erwies. Das Opium halte ich zur Stillung des Durchfalles bei jüngeren Kindern für ein gefährliches Mittel, wiewohl die englischen Aerzte in seiner Anwendung weniger ängstlich sind. Die Wirkung lässt sich nicht genau bemessen und erstreckt sich oft wei-

ter, als man wünscht. Ueberdies gibt es noch viele andere Mittel, welche ohne üble Zufälle sicher die Diarrhoe beseitigen. Das Chinin. sulph. ist ein schätzbares Tonicum. Kalbfleischbrühe, Hühner- und Rindfleischsuppe sind kräftige Unterstützungsmittel, und heben schnell die gesunkenen Kräfte. Die gesteigerte Reizbarkeit des Magens gebietet, mit den gelinderen Mitteln zu beginnen und jedesmal nur kleine Quantitäten, aber oft, zu reichen. Säuglinge erholen sich an der Brust der Mutter oder Amme. Zugleich fördere man die Nutrition durch eine angemessene Diät. Malzbäder, mit Rindfleischbrühe versetzt, kräftigen die Konstitution.

v. Mauthner hat in jüngster Zeit das Extr. sanguinis bovin. als ein ausgezeichnetes Kraftmittel empfohlen, namentlich gegen anämische und chlorotische Zustände, gegen Erschöpfung durch Blutverlust und nach andauernden Krankheiten. Bei der allerschwächsten Verdauung, wo Milch und Suppe von den Kindern erbrochen wird, wurde das Mittel vortrefflich ertragen, und selbst in den verzweifeltsten Fällen von Blutverarmung schien es jedenfalls das Leben zu verlängern. Er gibt es Kindern von 2 bis 12 Jahren zu 10 Gran bis eine halbe oder ganze Unze in einer wässerigen Auflösung im Laufe des Tages. Um zu verhüten, dass der Kranke nur verkohltes Blut erhalte, muss das frische Ochsenblut im Wasserbade langsam abgedampft, und das Präparat oft frisch angefertigt werden. Es erging diesem Mittel, wie es fast allen übrigen neuen Mitteln erging. Von der einen Seite wird es über alle Maassen gepriesen, von der anderen dagegen ungebührlich getadelt. Die Zeit wird richten.

Ein anderes tonisches Mittel ist der Rindfleischthee, dem man nach Belieben Zucker, Milch oder andere Stoffe zusetzen kann. Diese Flüssigkeit wird nicht allein von den schwächsten Kranken und selbst von den zartesten Kindern ohne alle weitere Störung der Verdauung leicht ertragen, sondern einverleibt auch dem Organismus nahrhafte Substanzen. Nach der englischen Bereitungsweise nimmt man ein Stück von allen Fetttheilen und Knochen befreites Rindfleisch, hackt es ganz klein, giesst das Gleiche seines Gewichtes kaltes Wasser hinzu, setzt es an's Feuer, bis es kocht, lässt es aber nicht länger als ein bis zwei Minuten kochen, giesst es dann durch ein feines Linnentuch durch und presst den Rückstand kräftig aus.

IV. Erethismus cerebri.

In der Mitte zwischen dem Hydrocephaloid und dem entzündlichen Eingriffensein der Meningen oder der Gehirnsubstanz selbst steht der Erethismus cerebri. Dieser Zustand zieht um so mehr unsere Aufmerksamkeit auf sich, als er einerseits leicht in Entzündung, und andererseits gern in Erschöpfung übergeht. W. Nikall unterscheidet eine sensitive und eine torpide Form des Erethismus.

In der sensitiven Form bewirken schon geringfügige Eindrücke auf das Nervensystem einen aussergewöhnlichen Effekt. Das Kind ist wach, schwer einzuschläfern, reizbar, ungemein empfindlich gegen jedes Objekt des Gesichtes und Schalles; es schreit ohne sichtbare Ursache, ist ungewöhnlich lebhaft und beweglich, erwacht plötzlich aus dem Schlafe und erschrickt bei dem leisesten Geräusche. Die Glieder sind in Bewegung, der Kopf wird herumgeschleudert, die Hände sind meistens mit einwärtsgebohrtem Daumen geballt, die Vorderarme aufwärts über den Arm gebogen, zuweilen tritt selbst ein Grad von Opisthotonus ein. Die Pupille ist gewöhnlich verengert, und die Sekretion der Thränen und der Nase vermehrt, mitunter ist die Temperatur am Kopfe und auf der übrigen Hautoberfläche erhöht und der Puls beschleunigt.

In der torpiden Form dagegen ist das Kind nicht lebhaft und beweglich, sondern vielmehr mürrisch, wenn es sich aus einem trägen Zustande ermuntert, und lässt sein Haupt fallen. Wenn es auch nicht schläft, so lässt es sich doch durch Anreden schwerer aufwecken. Es ist unfähig, sich zu bewegen, und gleichgültig gegen alle Objekte. Andere Erscheinungen sind allgemeine Blässe und Kälte des Körpers, ein stumpfer, lebloser Ausdruck im Gesichte, Rollen und Drehen der Augen; und ein klagendes Winseln oder Gekreische.

Erster Fall. Karl K., 6 Monate alt, litt seit längerer Zeit an Tinea squamosa auf dem ganzen Kopfe, die zum Theile noch vorhanden war, und hatte im Gesichte und auf der ganzen Stirne einen Ausschlag gehabt, der augenblicklich nicht mehr bestand, aber sein früheres Dasein durch die noch vorhandene Hautröthe bekundete. Seit drei Tagen weinte das Kind ohne besondere Veranlassung beständig, war sehr verdriesslich und trat mit den Beinen, die es abwechselnd gegen den Unterleib aufwärts zog. Es trat mehrmals Würgen, besonders beim Aufnehmen, und selbst Erbrechen schleimiger Massen ein. Der Schlaf war sehr

unruhig, von Aufschrecken unterbrochen, der Kopf fühlte sich heiss an, auch war Hitze in den Händen, während die Füsse kalt waren. Die Zunge war belegt, und der Stuhl entleerte zähe gelbe Massen. Das Kind griff oft nach dem Munde, ein Schneidezahn war in der unteren Kinnlade fühlbar. Auf den Gebrauch von Kalomel ($4^1/_2$ Gran in 12 Dosen) mit Rheum und Magnesia erfolgten am folgenden Tage drei lehmige Stühle, die in's Grüne spielten, und trat ein mehrstündiger ruhiger Schlaf ein. Auch nahm das weinerliche, verdriessliche Wesen ab. Nach einigen Tagen war das Kind wieder hergestellt.

Zweiter Fall. Ein 7 Monate altes schwächliches Mädchen wurde sehr verdriesslich, schlief wenig und unruhig, und schreckte oft auf. Die Augen waren im Schlafe nur halb geschlossen, und starrten zuweilen im wachen Zustande. Der Kopf fühlte sich heiss an, das Gesicht war blass, die Nase feucht, die Zunge weisslich belegt. Das Kind nahm die Brust noch gerne, schmeckte oft mit dem Munde, als habe es Uebelkeit, erbrach sich aber nicht. Der Unterleib war voll und weich, die Urinausleerung sparsam, der Urin selbst hell und klar, ohne Sediment, der Stuhl zähe, mit grünen Massen vermischt. Kleine Gaben Kalomel mit Lap. cancror. beseitigten bald alle diese Zufälle.

Dritter Fall. Ein 3 Monate altes Knäbchen, welches an der Mutterbrust gut gedieh, litt bereits acht Tage an kopiöser Diarrhoe, wodurch grüne Schleimmassen ausgeleert wurden. Das Kind weinte Tag und Nacht, zog periodisch die Füsse gegen den Unterleib, und hatte einen sehr unruhigen, mit Aufschrecken verbundenen Schlaf. Die Zunge war gelblich belegt, aber an der Spitze rein, die Haut kalt, die Nase trocken. Nachdem einige Theelöffel voll von einer Schüttelmixtur aus Magnes. carb. und Syr. rhead. mit einer kleinen Gabe von Vin. stib. und Liq. ammon. anis. genommen, wurde das Kind ruhiger, schlief ein und erwachte munter. Auch die nächste Nacht verlief ruhig. Das Kind hatte jetzt, zum ersten Male wieder seit 8 Tagen, einen guten Schlaf. Am folgenden Morgen war die Zunge auffallend rein geworden, und der Stuhl nicht mehr grün und flüssig, sondern gelb, konsistent. Die Besserung schritt nun fort.

Vierter Fall. Ein 13 Monate alter Knabe steckte häufig den Finger in den Mund, war sehr aufgeregt, schlief wenig und unruhig und ächzte beständig. Die Berührung des Kopfes wurde nicht gern geduldet, der Kopf selbst fühlte sich heiss an, während das Gesicht blass war, die Augen vergossen beim Weinen keine Thränen, die Nase war trocken, der Stuhl gehackt, mit gelblichgrünlichen Massen vermischt, im Unterleibe starkes Poltern der Gase, Aufstossen, viel Durst. Das Kind kam während der 14tägigen Dauer der Krankheit sehr herunter, wurde aber wieder hergestellt.

Fünfter Fall. Ein 5jähriges Mädchen, welches an Kopfgrind und geschwollenen Halsdrüsen litt, hatte seit einiger Zeit

ein auffallend blasses Aussehen. Nach einem zu reichlichen Genusse von Brod und Pfannkuchen verlor sich die Esslust, die Zunge hatte einen gastrischen Beleg, der Stuhl wurde träge, der Unterleib trieb sich auf und schmerzte. Hierzu gesellte sich ein hitziges Fieber; die Haut war heiss, der Durst stark. Das Kind klagte über heftigen Kopfschmerz, fiel in einen soporösen Zustand, schreckte auf und schrie plötzlich laut auf. Es wurde ein Inf. fol. senn. mit Tart. natron. und Vin. stib. verordnet. Es erfolgten mehrere übelriechende Stühle, der Unterleib fiel bei, das Fieber liess nach und remittirte in den Morgenstunden bedeutend. Indessen dauerte die Schlummersucht noch fort, zuweilen trat Starren mit den Augen ein, die Physiognomie hatte einen leidenden Ausdruck, und auf der rechten Seite schwoll die Parotis an, die sehr schmerzte, aber sich wieder zertheilte. Bei dem Fortgebrauche von Tart. natron. und Vin. stib. schwanden nach 8 Tagen alle Zufälle, die jedoch nach drei Wochen auf's Neue zurückkehrten und sich nach 8tägiger Andauer wieder verloren. Die hierauf verordnete Auflösung von Chinin. sulph. befestigte die Gesundheit. Zwei Monate später wurde ich eiligst wieder zu dem Kinde gerufen. Es lag im Bette und delirirte heftig, hatte grosse Angst und Unruhe, das Gesicht war roth, die Haut heiss, der Puls sehr beschleunigt, die Zunge gelblich belegt, der Stuhl verhalten, der Kopf schmerzte sehr und Druck auf die Präkordialgegend war empfindlich. Auch diese Zufälle wurden schnell wieder beseitigt.

Sechster Fall. Maria H., ein 13 Monate altes, zartes, aber gut genährtes Mädchen, fiel auf der Strasse auf den Kopf, ohne eine Beule oder eine sonstige Verletzung davon zu tragen. Das Kind wurde gleich leichenblass und betäubt, und liess Stuhl und Urin unwillkürlich unter sich gehen. Indess dauerte der Betäubungszustand nicht lange. Das Kind wurde aber gleich nachher unwohl und bekam ein hitziges Fieber, die Karotiden und die vordere noch weiche Fontanelle klopften stark, der Durst vermehrte sich, die Esslust schwand, die Zunge zeigte einen gastrischen Beleg, der Stuhl war hartnäckig verstopft. Das Kind wurde höchst verdriesslich und mürrisch, schrie fast fortwährend, rieb mit dem Handrücken Augen und Nase (beide sezernirten keine Flüssigkeit) und hatte grosse Unruhe, aber durchaus keinen Schlaf, Erbrechen trat nicht ein, auch war kein Speichelfluss vorhanden, wiewohl zwei Schneidezähne im Durchbrechen begriffen waren. Es wurde ein Lavement applizirt und ein Inf. senn. comp. mit Tart. natron. gereicht. Erst nach mehreren Tagen erfolgte Genesung.

Siebenter Fall. Maria D., 2 Jahre alt, bekam, nachdem sie am vorigen Tage noch ganz gesund war, auf den Genuss unverdaulicher Speisen Erbrechen und Durchfall. Als ich hinzukam, war der Zustand also: Das Kind lag in einem komatösen Zustande, aus dem es nicht aufgeweckt werden konnte, und zeigte

grosse Apathie. Die Lage, die man ihm gab, behielt es bei. Das Gesicht war leichenblass, das Auge bläulich gefärbt, der Kopf konnte nicht ohne Unterstützung aufrecht gehalten werden, sondern fiel unwillkürlich von der einen Seite zur anderen. Schon am folgenden Morgen hatten sich alle diese Zufälle fast völlig wieder verloren.

Achter Fall. Am 19. Juli 1844 wurde ich zu dem fast 5 Jahre alten Sohne eines Rechtsanwaltes gerufen, der sich zu wiederholten Malen gebrochen und zuerst den Mageninhalt und später blos schleimige Massen ausgeleert hatte. Der früher gesunde und muntere Knabe lag in einem soporösen Zustande, delirirte, schreckte auf, warf sich mit dem Kopfe hin und her und sprang sogar im Bette auf. Hierzu gesellten sich Zuckungen an den Händen. Das Gesicht war bald roth, bald blass, die Augen geschlossen, die Pupillen verengert, der Kopf brannte und der Unterleib fühlte sich heiss an, während am übrigen Körper die Temperatur weniger erhöht war. Der Puls war beschleunigt und weich, der Urin blass, die Zunge weiss belegt, die Esslust geschwunden, der Durst vermehrt, in die Nase wurde oft der Finger eingebohrt. Der Knabe hatte viele Kirschen und Stachelbeeren gegessen. Auf den Gebrauch eines Inf. senn. comp. mit Tart. natron. erfolgten mehrere übelriechende Stühle, mit noch unverdauten Stoffen, und nach vier Tagen trat Genesung ein.

Neunter Fall. Ein 6 Monate altes Mädchen hatte einen trägen Stuhl, Aufstossen und zuweilen Erbrechen, und wollte die Brust nicht gerne nehmen. Das Kind hatte Hitze, weinte und schlummerte viel, und schreckte oft im Schlafe auf. Die Augen waren trübe, die Nase feucht, die Zunge wenig belegt. Eine Auflösung von Kali tart. mit Tinct. rhei aq. bewirkte schnell Wiederherstellung.

Nach einem Jahre wurde ich eiligst zu demselben Kinde gerufen. Es lag auf dem Schoosse der Mutter leichenblass und mit geschlossenen Augen, fuhr mit der Hand nach dem Unterleibe, war soporös, delirirte, hatte Zuckungen und konnte den Kopf nicht aufrecht halten. Der Puls war sehr beschleunigt und der Stuhl verstopft. Diese Zufälle waren plötzlich eingetreten. Das Kind hatte Kohl und Blutwurst gegessen. Das gleich verordnete Emeticum bewirkte starkes Erbrechen und mehrere flüssige Stühle. Die Ausleerungen enthielten viel Schleim und rochen sauer. Die beunruhigenden Zufälle schwanden, und an ihre Stelle trat ein ruhiger Schlaf und eine gelinde Ausdünstung. Schon sechs Stunden nach dieser Prozedur war das Kind wieder munter und verlangte zu essen. Einige Tage später gingen mehrere Spulwürmer ab.

Zehnter Fall. Hermann S., 3 Jahre alt, verbrannte sich an beiden oberen und unteren Extremitäten, auf der linken Brustseite und auf dem Rücken, so wie auch unter dem Kinne. An allen diesen Stellen bildeten sich Blasen. Der Knabe bekam Frost

und Zittern, darauf Hitze und Durst, schreckte auf und wachte in dem schlummersüchtigen Zustande. Das Fieber war heftig, der Stuhl verstopft, der Urin äusserst sparsam. Am folgenden Tage trat Erbrechen ein, der Sopor war anhaltend, die Respiration langsam, von tiefen Seufzern unterbrochen. Innerlich eine Kalisaturation mit Salpeter, äusserlich ein Liniment aus Aq. calc. und Ol. lin. Einzelne Stellen wurden sphacelös, und wurden mit einer Salbe aus Ungt. saturn. mit Extr. chin. reg. und Kampher verbunden. Die Behandlung dauerte vom 1. bis zum 24. Febr. 1837. Der Knabe wurde völlig wiederhergestellt.

Maria Sch., 2 Jahre alt, sass auf ihrem Stuhle am Herde und spielte. Sie fiel in's Feuer und verbrannte sich an beiden Händen alle Finger und die Palmar- und Dorsalfläche, die untere Seite des ganzen rechten Vorderarmes bis zum Ellenbogengelenke, den Unterkiefer, einzelne Stellen des Halses und beider Wangen, bis gegen die Augen und Ohren, die Unter- und Oberlippe und die Nasenspitze. Ueberall erschienen grosse Blasen, und am folgenden Tage liess sich die Haut mit dem Nagel von dem rechten kleinen Finger abstreifen. Das Kind war ungeachtet der heftigen Verbrennung auffallend ruhig, wiewohl es heftiges Fieber hatte. Es wurde schlummersüchtig und schreckte oft auf. Die Heilung fiel befriedigend aus.

Ein kleines Mädchen nahm sich selbst einen Esslöffel voll brennend heisser Brodsuppe aus dem Topfe, und schüttete sie über Stirne und Nase. Es erschienen bald Blasen. Das Kind fiel in einen soporösen Zustand und schreckte oft auf.

Eilfter Fall. Im Mai 1839 erkrankte die 5jährige Tochter eines hiesigen Blechschlägers, die stets eine frische, rothe Gesichtsfarbe hatte und sich früher recht wohl fühlte. Das Kind lag anhaltend in einem soporösen Zustande und schreckte häufig auf, die Augen standen halb offen und waren nach oben gedreht, das Gesicht hatte eine blassrothe Farbe. Alle diese Zufälle, welche auf eine Indigestion eintraten, wurden durch ein Brechmittel schnell wieder beseitigt.

Im Juni wurde ich wieder zu diesem Kinde gerufen. Es hatte sich abermals den Magen überladen. Während der Nacht hatte es grosse Hitze, Durst, Unruhe und Erbrechen gehabt. Nachdem unverdaute Kartoffeln ausgeleert waren, schlief das Kind wieder ein. Am folgenden Morgen ging es in die Schule, kam um 11 Uhr wieder nach Hause und erlitt plötzlich einen epileptischen Anfall. Das Bewusstsein schwand, das Gesicht war blauroth, die Augen starr, die Pupillen zusammengezogen, Schaum vor dem Munde, obere und untere Extremitäten gerade ausgestreckt und unbeweglich, die Finger und Daumen in die Hohlhand eingeschlagen, der Puls äusserst frequent und kontrahirt. Eine gute halbe Stunde nach diesem Paroxysmus fing das Kind an, zu deliriren, bekam eine entsetzliche Angst und Unruhe, sprang aus dem Bette, lief in der Stube auf und ab, und liess

sich weder beruhigen noch festhalten. Auf ein Lavement gingen unverdaute Massen ab, und ein Brechmittel entleerte viel Schleim und Galle. Darauf trat Ruhe und Schlaf ein, aus dem das Kind munter erwachte. Im Laufe des Tages nahm es Pulver aus Sem. cinae, Valerian. und Kalomel, fühlte sich wohl, schlief die nächste Nacht gut und klagte am folgenden Morgen über Leibschmerzen und Nasenjucken. Es gingen 15 Spulwürmer mit dem Stuhle ab, und im Monat Dezember abermals 11.

Im Januar 1840 wurde das Kind, welches in der Regel nüchtern die Schule besuchte, von einer vorübergehenden Hitze befallen. Abends 7½ Uhr trat ein ähnlicher Anfall ein, wie im vorigen Jahre. Das sonst blühende Gesicht wurde blass, das Bewusstsein verlor sich, die Augen wurden verdreht und der Kopf hin- und hergeworfen, die Haut war kalt, der Puls beschleunigt und krampfhaft zusammengezogen, die Respiration accelerirt, oberflächlich und beschwerlich. Dieser Anfall dauerte etwa 20 Minuten, und darauf zeigte das Kind wieder ein munteres Wesen. Während der Nacht trat ein heftiger Brustkrampf und grosse Dyspnoe ein, in den Morgenstunden war davon keine Spur mehr vorhanden. In den Nachmittagsstunden erhob sich ein heftiges Fieber, die Wangen waren sehr geröthet, der Puls sehr beschleunigt, die Respiration kurz, das Kind hatte Husten mit Schleimrasseln, periodisch Schmerzen in den Beinen und Widerwillen gegen alle Speisen und bohrte mit dem Finger beständig in der Nase. Der Brustkrampf wiederholte sich noch einmal, und erschien dann nicht wieder. Es gingen drei Spulwürmer mit dem Stuhle ab, und darauf folgte völlige Wiederherstellung.

Aetiologie.

Einige Kinder sind dem Erethismus mehr unterworfen, als andere. Die Anlage zu diesem Krankheitszustande ist entweder angeboren, oder sie wird durch eine mangelhafte Ernährung und eine Schwäche des Systemes bedingt. Wenigstens fallen schwächliche und skrophulöse Kinder dem Erethismus am häufigsten anheim. Die Verschiedenheit der Form wird durch die ursprüngliche Verschiedenheit der Nerven-Konstitution bedingt. Die sensitive Form entspricht dem irritablen Habitus, die torpide dagegen dem torpiden Habitus der skrophulösen Kinder.

Aus den oben angeführten Krankengeschichten geht hervor, dass die erregenden Momente verschiedener Art seien. Als solche ursächliche Momente haben wir kennen gelernt: Indigestion, gastrische Reize, Würmer, Dentition, Verbrennungen, Hirnerschütterung. Auch chirurgische Operationen gaben zum Erethismus An-

lase. In vielen Fällen wird das Spinalsystem eben und viel mehr ergriffen als das Gehirn.

Behandlung.

Wenn irgend eine offenbare Ursache der Gehirn- oder Spinalreizung zu Grunde liegt, so ist dieselbe möglichst gleich zu entfernen. Wie schnell dadurch oft der Erethismus gehoben wird, leuchtet aus mehreren der mitgetheilten Fälle ein. Bald ist es ein Brechmittel, bald ein Abführmittel, welches rasch Hülfe bringt. Starke Purganzen können aber leicht einen Erschöpfungszustand zur Folge haben. Dasselbe bewirkt eine energische Antiphlogistik. Namentlich sei man mit den Blutentziehungen äusserst vorsichtig. In unseren Fällen wurden sie umgangen, und doch war der Ausgang ein glücklicher. Wo aber eine Blutentziehung angezeigt ist, falle sie ja nicht zu reichlich aus. Man vergegenwärtige sich immer den Zustand des Nervensystemes. Manchmal erweist sich ein Sedativ viel wirksamer, als die antiphlogistische Behandlung, welche nicht immer die Nervenaufregung und die gesteigerte Gefässthätigkeit beruhigt.

Das Heilverfahren wird wesentlich gefördert durch eine nahrhafte, aber reizlose Diät. Zugleich werde für Ruhe gesorgt, jede Aufregung vermieden, alles Geräuch entfernt. Ein leichtes tonisches Mittel, wenn auch nicht unumgänglich nothwendig, leistet am Schlusse der Kur vortreffliche Dienste.

Die torpide Form, die sich, wie gesagt, vorzugsweise durch ein schläfriges, schwer aufregbares Wesen, Erweiterung der Pupillen, ein träges Benehmen und eine stupide, gedankenlose Physiognomie charakterisirt, lässt sich nicht so rasch beseitigen, wie die sensitive Form des Erethismus. J. R. Bennet hat wohl Recht, wenn er glaubt, dass dieser Zustand des Gehirnes und Nervensystems gewöhnlich mit einem verdorbenen und fehlerhaften Zustande des ganzen Körpers verbunden sei, und noch am befriedigendsten mit tonischen Mitteln behandelt werde. Namentlich empfiehlt er das Eisen, welches einige Zeit fortgebraucht werden muss.

V. Hirntuberkulose.

Der anatomische Charakter der Hirntuberkulose ist so klar und vollständig eruirt worden, wie kein anderer Punkt in dieser Lehre. Wir wissen, dass die Hirntuberkeln meist eine umschrie-

bald weisse oder blassgelbe, käseähnliche, feste oder zerreibliche albuminöse Masse darstellen, und hinsichtlich ihrer Grösse wechseln. Wir wissen ferner, dass die Hirntuberkeln, wiewohl sie gewöhnlich eine sphäroidische Form haben, doch auch als abgeflachte Massen, deren Länge einen halben Zoll und mehr, und deren Breite einige Linien beträgt, erscheinen und bald vereinzelt, bald in grösserer oder kleinerer Zahl angetroffen werden. Wir wissen auch, dass die Hirntuberkeln in allen Theilen der Cerebrospinalachse ihren Sitz nehmen, bald in der Tiefe, bald an der Oberfläche, und zuweilen mit der Pia mater in Verbindung stehen. Wir wissen endlich, dass die Hirntuberkeln häufig in Erweichung, selten dagegen in Verirdung übergehen, und bald mit, bald ohne Strukturveränderung des Gehirnes oder seiner Hüllen vorkommen.

Hinter diesen Fortschritten, wie sie uns die neuere Zeit gebracht, ist die übrige Lehre von der Hirntuberkulose weit zurückgeblieben. Die Diagnose dieser Krankheit steht noch auf schwachen Füssen. Kopfschmerz, Erbrechen, Konvulsionen und Lähmung ist eine Symptomenreihe, die oft zu den grössten Täuschungen Anlass gibt. Ob dieser Ungewissheit über das Dasein der Hirntuberkeln und ob der Ohnmacht der Kunst, die hier fast aller Hülfsmittel entbehrt, ist die Aufstellung rationeller Heilanzeigen und ein erfolgreiches Handeln eine missliche Sache.

Warum die Hirntuberkeln bei Kindern häufiger vorkommen als bei Erwachsenen, wissen wir nicht. Ebensowenig ist es uns bekannt, warum die Tuberkeln zuweilen das Gehirn verschonen, während sie in anderen Organen zahlreich abgelagert sind. Neugeborene und Kinder unter Einem Jahre werden selten befallen, dagegen erreicht die Krankheit zwischen dem zweiten und zwölften Lebensjahre die grösste Frequenz, während sie über die Pubertätsperiode hinaus wieder abnimmt und in den späteren Jahren äusserst selten auftritt. Ein 44jähriger, früher gesunder Mann, der den Branntwein liebte, wurde ohne besondere Veranlassung periodisch von den fürchterlichsten Kopfschmerzen in der rechten Stirn- und Schläfegegend befallen. Der Kopf hing nach dieser Seite etwas über, und konnte nicht ohne Unterstützung im Bette niedergelegt und umgedreht werden. Das Gesicht war verzerrt und wie der übrige Körper abgemagert, das rechte Auge wurde kleiner und amaurotisch, der Geruch ging in der rechten Nasenhöhle verloren, und auf der rechten Zungenhälfte konnten

weder Speisen noch Getränke unterschieden werden. Die Intelligenz blieb dagegen ungestört. Auch traten im Laufe der Krankheit keine Konvulsionen und keine Lähmung der Extremitäten ein. Nach 4jährigem unsäglichen Leiden fand ich den Kranken todt im Bette, ohne dass das Unwohlsein kurz vorher intensiver geworden.

Bekanntlich bleiben die Hirntuberkeln bisweilen während des Lebens latent, oder werden doch wenigstens nicht von besonders beunruhigenden Zufällen begleitet. Der Zustand der Krudität erklärt diese Thatsache nicht vollständig. Sind die Strukturveränderungen in dem angränzenden Hirngewebe die Quelle der Gehirnsymptome? Man dürfte allerdings die Entzündung, Erweichung, Atrophie oder sonstige Strukturverletzung als Ursache anschuldigen, wenn man nicht wüsste, dass auch ohne diese Veränderungen die bekannten Hirnzufälle auftreten.

Erster Fall. Heinrich G., ein 11jähriger Knabe, kräftiger Konstitution, mit einem dicken, rundlichen Kopfe, wurde von einer Irritation des Gehirnes befallen, die sich vorzugsweise durch Kopfschmerz, Erbrechen, Stuhlverstopfung, Doppeltsehen, Schläfrigkeit, Delirien und einen taumelnden Gang charakterisirte. Zugleich war die Zunge gastrisch belegt und die Esslust geschwunden. Diese Zufälle wurden bald wieder beseitigt.

Nach drei Jahren trat ein epileptischer Anfall ein, der sich später noch einmal wiederholte. Ausser den gewöhnlichen Erscheinungen, welche die Epilepsie begleiten, fiel besonders die Verziehung des Mundes nach der rechten Seite und die seitliche Krümmung des ganzen Körpers auf. Seit dieser Zeit verlor der Knabe seine Munterkeit, lebte still für sich hin und verliess gerne ohne Wissen der Aeltern das Haus. Er klagte über Kopfschmerz, erbrach sich zuweilen, schlief gerne, wurde mehr launig, starrte häufig mit den Augen und hatte einen eigenthümlichen Blick mit verengerten Pupillen. Das Sehvermögen wurde getrübt, Patient konnte die Gegenstände nicht scharf sehen und unterscheiden und nicht gut aufwärts blicken, und hatte dabei einen holperigen, strauchelnden Gang. Widersprach man ihm, so wurde er unwillig, weinte oder schlug mit den Händen um sich. Er hatte viel Speichel im Munde, eine weiss belegte Zunge und wenig Appetit; er bohrte oft den Finger in die Nase und klagte zuweilen über Schmerzen in der Nabelgegend. Der Puls war träge und zusammengezogen, die Respiration ruhig. Im ferneren Verlaufe der Krankheit wurde der Knabe stupide und nahm mehrmals das Messer, um sich den Hals abzuschneiden. Die epileptischen Anfälle erschienen mit der Zeit häufiger, und erreichten eine höhere Intensität. Nach längerer Andauer der Krankheit endete das Leben in einem epileptischen Anfalle.

Es ist mehr als wahrscheinlich, dass in diesem Falle Hirntuberkulose vorhanden war. Der Kopfschmerz, das Erbrechen, die epileptischen Anfälle, die Schläfrigkeit, das zeitweise Starren mit den Augen, die beginnende Amaurose, der holperige Gang, so wie die Aufeinanderfolge und die chronische Andauer der Hirnzufälle sprechen für diese Annahme. Die drei Jahre vorausgehende Hirnreizung stand wohl mit der später manifester auftretenden Hirntuberkulose in naher Verbindung. Epilepsie als solche lag gewiss nicht zu Grunde, weil die Intervalle von vorne herein nicht frei waren, sondern vielmehr von den angegebenen Hirnzufällen ausgefüllt wurden. Merkwürdig ist dieser Fall noch wegen der Neigung zum Selbstmorde, eine Erscheinung, die in diesem Alter selten beobachtet wird.

Zweiter Fall. Ein 8jähriger, schwächlicher Knabe, mit rothen Wangen, wurde nach einer vorangegangenen Erkältung von Hüsteln befallen. Das rechte obere Augenlid zeigte eine starke erysipelatöse Anschwellung, die Wange und Submaxillargegend, so wie die Tonsille, waren auf der linken Seite geschwollen, ohne dass über Schlingbeschwerden besonders geklagt wurde. Die Esslust verlor sich, die Zunge war aussergewöhnlich dick mit einem gelblichen Schleime bedeckt, der sich über die ganze Mundhöhle ausbreitete, und Schleimfäden hingen vom harten Gaumen auf die Zunge herab. Das Fieber war mässig. Nach 14tägiger Behandlung waren diese Zufälle wieder beseitigt.

Aber schon drei Tage nachher bekam der Knabe in den Abendstunden plötzlich fürchterliche Schmerzen in der linken Wange, so dass er laut aufschrie. Die Mutter theilte mit, dass gestern ein ähnlicher Schmerzanfall um dieselbe Zeit eingetreten sei. Der Paroxysmus dauerte fast eine halbe Stunde, und erschien darauf nicht wieder. Die linke Wange war noch etwas dick geblieben. Beim Sprechen und Lachen verzog der Knabe den Mund nach rechts auf eine ganz entstellende Weise. Die Zunge war wieder gastrisch belegt.

Etwa drei Wochen später trat plötzlich ein äusserst heftiger Schmerz im Hinterkopfe und Nacken ein, der nach kurzer Andauer in einem Nu seine Stelle verliess und jetzt in gleicher Vehemenz in der Stirne wüthete. Der Knabe schrie unaufhaltsam und ganz entsetzlich, warf sich auf dem Schoosse des Vaters hin und her, trat mit den Füssen und schlug mit den Armen. Das Gesicht war feuerroth und mit Schweiss bedeckt, die Augen funkelten und rollten wild in ihrer Höhle, die Physiognomie glich der eines heftig Wüthenden oder Zornigen. Der Anfall dauerte eine viertel Stunde, und kehrte von nun an täglich ein-, zwei- oder dreimal in derselben Vehemenz zurück und verlor sich dann eben so schnell, als er kam. In der freien Zwischenzeit fühlte sich der Knabe wohl. Eben so heftig wie in der Stirne wüthete der Schmerz auch im Hinterhaupte und in der angränzenden Nackengegend, aber nie gleichzeitig an diesen beiden Stellen. Zuweilen

erschien auch mit dem Kopfschmerz ein heftiger Schmerz in der Achselhöhle, in einem Arme oder Fusse, der plötzlich wieder verschwand. Vorzugsweise befiel aber der Schmerz die Stirngegend. Man muss Augenzeuge von der Szene gewesen sein, um sich von der Vehemenz des Kopfschmerzes einen Begriff zu machen. Das Herz wurde bei dem Anblicke eines solchen Anfalles zerrissen. Alle Mittel waren vergebens. Am besten wirkte noch das Extr. opii aq. und das Chinin. sulph. Indess währte es doch fast drei Monate, ehe es gelang, dieses Hirnleiden zu beseitigen. Seitdem sind nun drei volle Jahre verflossen, ohne dass ein Rezidiv eingetreten ist. Der Knabe erfreut sich bis auf diesen Augenblick einer guten Gesundheit, hat aber einen nach rechts verzogenen Mund behalten, und schien mir in diesen Tagen, wo ich ihn sah, auffallend mager zu sein.

Hier scheint die Hirntuberkulose allerdings zweifelhafter zu sein, als im ersten Falle. Die Zufälle könnten wohl für ein nervöses Hirnleiden gehalten werden. Allein ich möchte glauben, dass sie eher auf Hirntuberkulose zu beziehen seien. Ich habe wenigstens nie bei Kindern unter solchen Erscheinungen einen nervösen Kopfschmerz beobachtet. Die Art des Auftretens, die Intensität und Frequenz der Anfälle, der Verlauf und die lange Dauer der Krankheit, so wie die partielle Lähmung des Mundes, lassen auf ein anderes Leiden, als auf eine blosse dynamische Störung des Gehirnes schliessen. Bei dem Knaben selbst konnten zwar keine Tuberkeln in anderen Organen nachgewiesen werden, aber bei seinen Geschwistern war die Skrophulose deutlich ausgesprochen. Diese leiden an geschwollenen Halsdrüsen, Tuberkeln in den Bronchien, Knochenauftreibung und skrophulöser Karies. Sein Vater ist ein kräftiger und gesunder Mann, dessen Bruder aber laborirt an skrophulösen Halsgeschwüren, und seine Mutter ist eine zarte, schwächliche Frau.

Dritter Fall. Maria W., ein 13 Monate altes Mädchen, welches an der Mutterbrust gut gediehen ist, hat ein wohlgestaltetes Gesicht und einen etwas dicken Hinterkopf. Zähne sind noch nicht durchgebrochen, und die vordere Fontanelle ist noch nicht geschlossen. In der fünften Woche nach der Geburt wurde das Kind von Konvulsionen befallen, die bis auf diesen Augenblick noch bestehen. Die Konvulsionen treten täglich 2- bis 3mal ein, setzen auch wohl einen Tag aus, höchst selten aber acht Tage, und gestalten sich also: Das Kind wird gleich anfangs ganz roth im Gesichte und bald nachher blass, starrt und verdreht die Augen, richtet sich mit dem Kopfe auf und legt sich dann wieder nieder, die Finger sind flektirt und die Daumen in die Hohlhand eingeschlagen, auch ausser dem Anfalle, die Respiration ist schnarchend und mit Dyspnoe verbunden, und endlich tritt Schaum vor den Mund. Der Anfall dauert gewöhnlich eine Viertelstunde, mitunter auch länger, und wird von Zuckungen im Gesichte und an den Armen begleitet. In der er-

steren Zeit verfiel das Kind nach dem Paroxysmus in tiefes Koma, aus dem es sich weder durch Geräusche, noch Rütteln aufwecken liess. Ausser dem Anfalle ist das Gesicht blass, das Auge unstät, wird bald nach innen, bald aussen, in dem einen Augenblicke nach oben, in dem anderen nach unten gedreht, der Blick ist ganz eigenthümlich und lässt sich nicht gut beschreiben. Das Kind achtet nicht auf das Zurufen der Mutter, scheint aber doch hören zu können, indem es bei Geräuschen leicht erschreckt und von Eklampsie befallen wird. Spielsachen kennt es nicht, jedoch freut es sich oft für sich, lächelt oder lacht laut auf. Die vorgehaltenen Objekte kann es nicht fixiren, auch kann es noch kein Wort sprechen. Nachts schläft es gut, auch des Tages schläft es viel oder liegt ganz ruhig in der Wiege, ohne zu weinen, wie es überhaupt äusserst selten weint. Die Zunge ist rein, der Stuhl seit einiger Zeit träge, die Brust wird gern genommen, Erbrechen ist bisher sehr selten eingetreten, der Unterleib weich, nicht aufgetrieben. Wird das Kind auf die Füsse gestellt, so sinkt es gleich zusammen. Indess kann es im Liegen und Sitzen die Beine frei bewegen und aufheben. Alle Mittel sind bis jetzt fruchtlos geblieben.

Diesen, so wie den folgenden Fall, habe ich hier angereiht, ohne jedoch zu behaupten, dass sie auf Hirntuberkulose beruhen. Ob in dem vierten Falle eine Hypertrophie des Gehirnes zu Grunde liege, bleibt dahingestellt. Die in dem einen Falle häufig, und in dem anderen nur zeitweise eintretenden Konvulsionen, die Rotationen des Kopfes, die Störungen der Intelligenz und der Motilität lassen sich zwar auf das in Rede stehende Hirnleiden beziehen, geben uns aber keine Gewissheit. Ueberhaupt dürfte es etwas gewagt sein, mit voller Gewissheit die Hirntuberkulose zu erkennen. Die Autopsie könnte uns leicht eines Irrthumes zeihen. So lange uns noch keine hülfreichere Therapie zur Seite steht, haben wir im Allgemeinen nicht viel verloren.

Vierter Fall. Theodor H., 4 Jahre alt, gedieh an der Mutterbrust gut, und konnte schon nach Ablauf des ersten Lebensjahres an einem Stuhle stehen und gehen. Auch entwickelten sich die Geisteskräfte auf eine dem Alter entsprechende Weise. Die Dentition trat spät ein, und ging langsam vor sich. Jetzt sind die meisten Zähne kariös.

Kurz nach dem ersten Lebensjahre trat Eklampsie ein, die anfangs zu wiederholten Malen erschien, später seltener wiederkehrte, und jetzt sich nur in bald grösseren, bald kleineren Intervallen einstellt. Seit dem ersten Anfalle machte die körperliche und geistige Entwickelung stets Fortschritte und Rückschritte. Das Gesicht hat ein altes Aussehen, die Physiognomie ist ausdruckslos, der Blick unstät, bald starrt das Auge, bald schielt es, bald rollt es unstät umher, die Bindehaut ist bläulich, die Pupillen erweitert, der Kopf hat im Verhältnisse zu dem Gesichte und dem übrigen Körper einen zu grossen Umfang und macht

oft rotatorische Bewegungen. Das Kind isst gerne und ist fast gefrässig, und lässt Stuhl und Urin unwillkürlich unter sich gehen. Es spricht kein Wort, nur thierische Laute werden ausgestossen, zuweilen lächelt es für sich oder flötet. Gehen und Stehen ist nicht möglich, wiewohl die Glieder frei bewegt werden können. Die Arme und Beine sind mager, der Bauch etwas aufgetrieben, der Schlaf gut. Das Kind sitzt oder liegt den ganzen Tag, stumm und gedankenlos, oder spielt mit jedem beliebigen Gegenstande, den man ihm in die Hand reicht.

Vor zwei Jahren erlitt das Kind ohne bekannte Veranlassung angeblich eine Fraktur des rechten Oberschenkels, die ohne allen Verband wieder heilte. Die Knochenenden bilden nach vorne einen Vorsprung. Im vorigen Jahre wurde ich zu dem Kinde gerufen, weil es beim Aufnehmen und Sitzen unruhig war und Schmerzen äusserte. Der linke Oberschenkel war in der Mitte geschwollen, zeigte aber keine besondere erhöhte Temperatur; er liess sich biegen, sogar in einen rechten Winkel, ohne dass heftige Schmerzen entstanden. Die Krepitation war äusserst undeutlich, nur ein leichtes Knarren machte sich bemerkbar. Der Knochen schien fast so weich wie eine Wachsmasse zu sein. Wodurch die Fraktur entstanden, konnte nicht ausgemittelt werden. Den Kontivverband liess ich wegen der Knochenerweichung sechs Wochen liegen, und wickelte noch einige Zeit das Glied mit der Zirkelbinde ein. Nach Abnahme des Kontivverbandes war der Oberschenkel ganz gerade, das Kind bewegte das Glied spielend hin und her, und hob es ohne alle Unterstützung aufwärts, so dass es mit dem Bauche einen rechten Winkel bildete. Aber bald nachher nahm der Oberschenkel eine bogenförmige Krümmung an.

Bei dieser Gelegenheit erwähne ich eines anderen Falles von einer Fraktur. Ein 3jähriger Knabe wollte nicht mehr stehen und gehen, und weinte gleich, wenn er aus seinem Bette gehoben und auf den Arm genommen wurde, beruhigte sich aber wieder, wenn er gemächlich lag. Die Mutter glaubte, das Kind leide an Unterleibskrämpfen. Bei genauer Untersuchung ergab sich, dass der rechte Oberschenkel in der Mitte gebrochen war. Das Kind war Tags vorher über ein Stück Holz gefallen. Das Kindermädchen hatte dieses verschwiegen. In Folge von Rhachitis war der rechte Unterschenkel bogenförmig nach innen verkrümmt, während der Fuss ganz nach aussen stand. Nach Heilung der Fraktur hatte sich die Verkrümmung des Unterschenkels verloren.

Fünfter Fall. Gertrud B., ein $4^1/_2$ Jahre altes, vorher gesundes Mädchen, welches früher an Rhachitis litt und erst im dritten Jahre gehen lernte, wurde von einer Febris intermittens

tertiana, die sich durch Frösteln, Hitze, Durst, Kopfweh charakterisirte, befallen, und fühlte sich an den fieberfreien Tagen wieder wohl. Es traten nur zwei Anfälle ein. Mit dem dritten Anfalle erschien ein heftiger epileptischer Paroxysmus. Die Augen wurden verdreht, der Mund verzog sich und Schaum kam aus demselben, das Gesicht zuckte, der Kopf wurde hinten übergeworfen, der linke Arm und das linke Bein wurden von Konvulsionen ergriffen. Das Bewusstsein ging gleich verloren, und kehrte auch nach Beendigung des Fiebers nicht wieder zurück. Die halbseitigen Konvulsionen dauerten noch acht Tage fort. Der Arm und das Bein der linken Seite wurden gewaltsam hin und her bewegt, die Zehen und die Hand standen oft senkrecht in die Höhe gerichtet. Der ganze Körper war in der grössten Unruhe, und das Kind musste strenge überwacht werden, wofern es nicht aus seinem Bette fallen sollte. Die Augen rollten ohne Unterbrechung wild in ihrer Höhle hin und her, die Pupillen waren kontrahirt, zuckten und oszillirten beständig, der Blick war unstät, der Kopf drehte sich von der einen Seite zur anderen, kein Gegenstand konnte fixirt werden, es war Amaurose vorhanden. Stuhl und Urin gingen unwillkürlich ab, einige Male trat Erbrechen ein.

Als die Konvulsionen schwanden, waren Arm und Bein auf der linken Seite gelähmt und lagen in einem passiven Zustande. Dagegen erschienen Zuckungen an der rechten Hand. Das Kind war ohne Sprache und Verstand, und liess mitunter ein durchdringendes Geschrei hören. Es ass und trank Alles, was man ihm reichte, mit einer gewissen Hastigkeit, und steckte Alles, was es mit der rechten Hand ergreifen konnte, in den Mund, biss und kaute darauf, selbst auf seine eigenen Finger. Den ganzen Tag biss und kaute es auf einen leinenen Lappen, warf ihn mit der Hand im Munde hin und her, oder rollte ihn geschickt gleichsam in einen Knäuel, und setzte dann das Beissen und Kauen unausgesetzt fort. Merkwürdiger Weise geschah dieses vorzugsweise im rechten Mundwinkel. Das Gesicht war während der ganzen Krankheit blass, mitunter bedeckt mit Schweiss, besonders auf Nase und Stirn, selten wurden die Wangen mit einer leichten Röthe überzogen. Die Nase war trocken, die Zunge wenig belegt, die Ausleerungen erfolgten noch immer unwillkürlich, der Bauch schien eher kollabirt als aufgetrieben, die Haut fühlte sich trocken an, die Temperatur war an keinem Theile erhöht, der Puls sehr gereizt, die Respiration leise, nicht beschleunigt, Husten kam selten.

Vier Wochen nach dem ersten Beginne der Krankheit verhielt sich der Zustand also: Das Kind sass auf dem Schoosse der Mutter und war verdriesslich. Thränen flossen jetzt wieder aus den Augen, während es früher selten und mit trockenen Augen weinte. Auch die Nase sonderte wieder Schleim ab, das Gesicht war blass, der Blick unstät und verwirrt, die Pupillen

zusammengezogen, die Oscillationen der Iris hatten sich verloren. Das Kind sah und hörte noch nicht, biss und kaute noch fortwährend auf den leinenen Lappen, war sehr abgemagert, ungeachtet des vielen Essens und Trinkens, und entleerte Stuhl und Urin unwillkürlich. Die Temperatur der Haut war erniedrigt, der Puls kaum gereizt und wenig gefüllt, die Respiration ruhig. Das verdriessliche Weinen dauerte den ganzen Tag fort, bis es endlich gegen Abend aufhörte. Das Kind kam dann in den Schlaf und schlief die ganze Nacht recht ruhig. Sobald es am Morgen erwachte, fing auch das Weinen, Beissen und Kauen wieder an. Der linke Arm und das linke Bein lagen noch in einem passiven Zustande, während auf der rechten Seite diese Körpertheile in ihrem Gebrauche nicht gehindert sind und bewegt werden. Indess stand jetzt der linke Arm fast unter einem rechten Winkel vom Rumpfe ab und war gerade ausgestreckt, dagegen hing die Hand senkrecht nach unten. Versuchte man, den Arm im Ellenbogen zu beugen, so spürte man einen Widerstand, der sich nur mit einiger Kraft überwinden liess. Die Hand schien gelähmt. Wurde das Kind, unter den Armen gehalten, auf die Beine gesetzt, so trat es mit dem rechten Beine mit der ganzen Sohle auf den Boden, während es mit dem linken Fusse nur die Ferse auf den Boden setzte und die Zehen in die Höhe gerichtet hielt.

An dem Tage, wo vor 14 Wochen der dritte Fieberparoxysmus mit Konvulsionen anhob, war das Befinden also: Das Kind hatte ein frisches, gesundes Aussehen und volle, gerundete Wangen mit einer durchscheinenden Röthe, während die Beine verhältnissmässig mager waren. Es ging im Garten auf und ab, hielt die Arme auf dem Rücken gekreuzt und hatte den Kopf nach hinten übergebeugt. Der Gang war schwankend, holperig, das Kind strauchelte oft und liess sich zuweilen hintenüber fallen, war beständig in Bewegung und setzte sich selten, betastete häufig die Genitalien und steckte Alles in den Mund und biss darauf. Meistens hatte es seine eigenen Finger im Munde. Auch ergriff es die Hand seiner Schwester, steckte ihre Finger in den Mund und biss auf dieselben. Es betrachtete mit einer gewissen Neugierde alle Gegenstände, ohne sich jedoch lange dabei aufzuhalten, und fing dann an zu lächeln und verzog den Mund nach rechts. Den leinenen Lappen wollte es seit Wochen nicht mehr haben. Die Augen waren munter, die Pupillen kontrahirt, die Nase feucht, die Zunge rein, der Leib aufgetrieben, die Haut trocken, der Puls und die Respiration ruhig, Stuhl und Urin gingen unwillkürlich ab, der Schlaf war gut. Vor 14 Tagen trat Diarrhoe ein, und wurden 6 Spulwürmer ausgeleert. Alle Glieder bewegten sich frei, und zeigten keine Spur von Lähmung. Das Kind konnte nicht allein wieder sehen, sondern auch wieder hören, indem es bei plötzlichem Geräusche erschreckte und mit-

unter dem Zurufe der Mutter folgte. Dagegen vermochte es die Speisen und Getränke noch nicht zu unterscheiden, und genoss Alles, was es erreichen konnte, selbst ungeniessbare Sachen. Es liess sich füttern und bediente sich, wofern es allein ass, statt des Löffels oder der Gabel seiner Finger, und führte damit die Speisen zum Munde. So war der Zustand schon seit einigen Wochen. Bemerken muss ich noch, dass das Kind gern den ganzen Tag im Freien ist, und unwillig wird, wenn es die Stubenthüre verschlossen sieht. Es spricht noch kein Wort, hat aber durchaus keinen stupiden Gesichtsausdruck. Konvulsionen sind nicht wieder erschienen, und Oszillationen der Iris wurden nicht wahrgenommen, auch war das Auge nicht mehr unstät.

Dieser Fall bietet manche Eigenthümlichkeiten dar. Ein anderes Kausalmoment, als die kaum überwundene Rhachitis, lag nicht vor. Das Wechselfieber kommt in dasiger Gegend, die sehr wässerig ist und durchweg aus Torf- und Moorboden besteht, selbst bei kleinen Kindern oft vor. Die beiden ersten Anfälle verliefen ohne andere nervöse Symptome. Dagegen hob der dritte Fieberparoxysmus gleich mit Konvulsionen, Amaurose, Verlust des Bewusstseins und des Gehöres an. Die Konvulsionen beschränkten sich auf die linke Seite, und endeten mit Lähmung, erschienen darauf aber als Zuckungen an der rechten Hand. Merkwürdig waren die anhaltenden Drehungen und das Rückwärtshalten des Kopfes, so wie die unausgesetzten Oszillationen der Iris, die ich in solcher Intensität noch nie gesehen habe. Eine eben so auffallende Erscheinung war das fortwährende Kauen und Beissen auf jeden beliebigen Gegenstand. Die Art der Symptome und ihr Auftreten, so wie der Verlauf der Krankheit, liessen wohl nicht an Hirntuberkulose zweifeln. Das gleich anfangs vorhandene und später fortdauernde Hintenüberhalten des Kopfes, das öftere Hintenüberfallen beim Gehen und das häufige Betasten der Genitalien weisen auf eine Tuberkelablagerung im kleinen Gehirne hin. Erwägen wir, wie sich allmählig die Lähmung wieder verlor und das Sehvermögen und das Gehör zurückkehrt, so dürfen wir mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, dass auch die geistigen Störungen mit der Zeit schwinden werden. Ob aber die Intelligenz in ihrer vollen Kraft wieder eintreten werde, wird die Zukunft lehren.

Misslich ist die Prognose der Hirntuberkulose, noch misslicher die Behandlung. Den müssigen Zuschauer spielen, hiesse jedoch das Kind mit dem Bade ausschütteln. Können wir auch

nur einzelne Zufälle beseitigen oder gelinder machen; so hätten wir wenigstens einen Theil unserer Aufgabe gelöst.

Die Diät sei reizlos, aber doch kräftig nährend. Den Kopfschmerz suchen wir möglichst zu lindern und das Erbrechen zu mässigen oder zu heben. Die Darmfunktion werde sorgfältig regulirt. Gegen die Konvulsionen erweisen sich zuweilen die Flor. zinc. wirksam, wiewohl sie in anderen Fällen keinen Erfolg haben. In unserem letzten Falle wurden einige Blutegel an den Kopf applizirt und in den Nacken das Ungt. tart. stib. eingerieben, und innerlich kleine Dosen Kalomel mit Jalape gegeben. Eine auffallende Wirkung trat aber nicht ein. Im späteren Verlaufe der Krankheit wurde ein Inf. flor. arnic. mit Tr. valerian. aeth. und Kampher verordnet. Hierauf folgte die Veränderung des Zustandes, wie sie oben (4 Wochen nach dem Beginne der Krankheit) beschrieben ist.

VI. Hirnerschütterung.

Je nach der Intensität der Gewaltthätigkeit, welche entweder unmittelbar den Kopf traf, oder aber durch einen Fall auf die Füsse, das Gesäss oder den Rücken eine Erschütterung des ganzen Körpers bewirkte, wechseln die Zufälle der Kommotion. In der Kinderwelt ist das Fallen eine ganz gewöhnliche Erscheinung, und geht zum Glück meistens spurlos oder doch ohne bedeutende Verletzungen wieder vorüber. Zuweilen folgt indess bald früher, bald später der hitzige Wasserkopf nach. Ein 13jähriger Knabe endete wenige Stunden nach dem Falle von einem hohen Kirschbaume sein Leben. In einem anderen Falle sah ich eine Lähmung des Mundes zurückbleiben, die sich auch später nicht wieder verlor.

Eine solche partielle Lähmung habe ich auch nach Erkältungen und in Folge von Kongestionen beobachtet. Ein 18jähriges Mädchen, welches regelmässig menstruirt war und eine schwächliche Konstitution hatte, wurde von einem starken Blutandrange gegen den Kopf befallen. Am folgenden Morgen war der Mund schief nach der linken Seite verzogen. Dieses fiel besonders beim Lachen und Sprechen auf. Pat. klagte über Schwere des Kopfes, Ohrensausen, unruhigen, von Träumen unterbrochenen Schlaf und Verdunkelung des Sehvermögens beim Niederbücken und bei Bewegungen des Kopfes. Sie vermochte nicht die Speisen, die sie auf der rechten Seite im Munde hatte, mit der Zunge nach

den linken zu schieben, sondern musste sich dazu der Finger bedienen. Der Geschmack war aber auf der rechten Zungenhälfte nicht verändert. Im rechten Auge trat mitunter ein empfindliches Stechen und eine Trübung der Sehkraft ein, als hinge ein Flor über das Auge. Alle übrigen Funktionen waren normal. Es wurde ein Aderlass gemacht und in den Nacken ein Vesikator gelegt, und zum inneren Gebrauche ein Infus. fol. senn. mit Magnes. sulph., dem am zweiten Tage Flor. arnic. zugesetzt wurden, verordnet. Diese Mittel bewirkten völlige Heilung.

Bei Kindern und Greisen sind Hirnerschütterungen seltener, als im ausgebildeten Mannesalter. Der Grund hiervon liegt darin, dass bei Kindern die Schädelknochen mehr biegsam und nachgiebig sind, während sie bei Greisen eine erdige, sprödere Beschaffenheit haben und leichter brechen. Die durch die äussere Gewalt bedingten Schwingungen werden daher nicht so leicht von den Schädelknochen auf das Gehirn übergetragen. Viel häufiger als reine Hirnerschütterungen kommen solche vor, die mit Zerreissung der Blutgefässe verbunden sind. In allen jenen Fällen, wo die Hirnerschütterung von wichtigen Symptomen begleitet wird, darf man ein Extravasat annehmen. Die Zufälle des Reizes und Druckes sind dann gemischt. Selten tritt bei dem geringsten Grade der Hirnerschütterung Entzündung ein. Der unter dem Erethismus cerebri beschriebene sechste Fall ist in sofern merkwürdig, als die Hirnerschütterung einerseits bei einem noch jungen Kinde vorkam, und andererseits gleich hinterher in Entzündung überzugehen drohte.

Erster Fall. Ein 4jähriger blühender Knabe, der längere Zeit an Keuchhusten gelitten hatte, stürzte, als ein scheu gewordenes Pferd in vollem Trabe auf ihn zurannte, auf das Strassenpflaster nieder und bekam auf der linken Wange in der Nähe des Auges, so wie an der inneren Seite des rechten Oberarmes, eine Quetschung. Es traten gleich Betäubung, wiederholtes Erbrechen grüner Massen und anhaltende Schlummersucht ein. Die Augen waren geschlossen, standen stier oder wurden verdreht, die Augenlider blinzelten und zuckten, die Pupillen hatten sich verengert, Röthe des Gesichtes wechselte mit Blässe, dabei heftiges Zähneknirschen mit Verziehen des Gesichtes und zeitweise Unruhe, indem bald die eine, bald die andere Seitenlage angenommen wurde. Auch schlug der Knabe mit den Händen aufwärts, ohne sie jedoch an eine bestimmte Stelle des Kopfes zu führen, oder er schlug mit der einen Hand auf die andere. Er lag in tiefem Sopor, aus dem er sich nicht wecken liess, und

sprach wenig, und Das, was er sagte, bekundete die grösste Verwirrung. An die Stelle des Erbrechens traten Kauen und Niederschlucken, worauf Gähnen folgte, Blasen mit dem Munde wie ein Trompeter und dann Lächeln. Die Respiration war weder beschleunigt, noch schnarchend, der Puls unterdrückt, langsam, aussetzend und in einzelnen Schlägen sich wieder rasch folgend. Mitunter sperrte der Knabe den Mund weit auf, oder griff mit den Fingern in den Mund, als wollte er etwas aus demselben entfernen, oder als sollte ein Faden lang herausgezogen werden.

Unter Andauer des Sopors kratzte sich der Knabe mitunter auf dem Kopfe, bohrte den Finger tief in die Nase, richtete sich im Bette auf, verzog das Gesicht und öffnete die Augen, sah und hörte aber nicht. Stuhl und Urin gingen unwillkürlich ab, die Temperatur des Kopfes zeigte sich nicht erhöht, das Gesicht war blass und eingefallen. Er konnte am fünften Tage die Objekte noch nicht fixiren, sondern griff beim Vorhalten von Gegenständen immer vorbei. Die Pupillen waren jetzt erweitert. Auch vermochte er die Umgebung an der Sprache noch nicht zu unterscheiden. Der Knabe rief z. B. Mutter und sprach mit ihr, während es die Wärterin war, welche antwortete. Erst nach mehreren Tagen schwand der soporöse Zustand und kehrte das Bewusstsein wieder zurück. Der Knabe wurde völlig wieder hergestellt und erfreut sich bis auf diesen Augenblick, nachdem seit dem Sturze bereits über vier Jahre verflossen sind, des besten Wohlseins.

Ausser der Applikation von einigen Blutegeln und von kalten Fomenten auf den Kopf wurden gelinde auf den Darm wirkende Mittel gegeben. Da aber dessenungeachtet keine Oeffnung erfolgte, so wurde am zweiten Tage ein Essigklystir gesetzt, welches gleich Stuhl bewirkte. An den folgenden Tagen nahm der Knabe ein Infus. senn. comp. mit Tart. natron. und kleine Gaben von Kalomel. Die an die Waden applizirten Vesikatore, welche mit Ungt. basil. c. Tr. myrrh. verbunden wurden, verursachten anfangs durchaus keinen Schmerz. Am fünften Tage der Krankheit erwachte der Knabe mehrmals aus dem soporösen Zustande und setzte sich im Bette auf, forderte ein Butterbrod und ass mit Appetit, auch verlangte er seine Spielsachen. Nach fünf bis zehn Minuten fing er aber wieder an, zu schlummern. Bei Anwendung eines Infus. flor. arnic. mit Tart. natron. und Syr. mannat. schwanden alle Zufälle, wie sie oben näher angegeben sind.

Zweiter Fall. Ein 10jähriger Knabe stürzte vom Kuhstalle auf die Diele, und lag hier in einem bewusstlosen Zustande. Es trat zu wiederholten Malen Erbrechen ein, und Blut floss aus der Nase. Der Knabe liess sich kaum auf einen Augenblick aus dem tiefen Sopor wecken, und konnte den Kopf nicht aufrecht halten. Die Temperatur war am Kopfe wenig erhöht, Hände und Füsse fühlten sich kalt an, die Augen waren geschlossen, die

Respiration ruhig, der Puls auffallend langsam, weich, mässig gross und voll. Das linke Scheitelbein schien eingedrückt zu sein, und schmerzte so sehr, dass der Knabe bei der Berührung aus dem Sopor erwachte. Die Hinterhauptsgegend war bedeutend geschwollen und empfindlich. Bei der Untersuchung kam es mir vor, als wenn eine von oben nach unten verlaufende Fissur, in welche man den kleinen Finger einlegen konnte, vorhanden war. Allein es war nur eine Täuschung. Am folgenden Tage erfolgte noch einige Male galliges Erbrechen, der soporöse Zustand war aber weniger anhaltend. Es wurde eine Obertasse voll Blut aus der Armvene entleert und sechs Blutegel an den Kopf gesetzt, und zugleich kalte Fomente gemacht. Zum inneren Gebrauche erhielt der Knabe ein Infus. fol. senn. mit Salpeter und Natr. sulph. und Syr. rub. id. Bei dieser Behandlung erfolgte schnell Genesung.

Dritter Fall. Ein 24jähriger junger Mann wurde am 17. August 1842 vom Pferde mit dem Kopfe gegen einen Baum geworfen, und stürzte besinnungslos auf den Boden. Es trat Erbrechen ein, und Blut floss aus dem rechten Ohre. Am Tage der Verletzung wurden drei Aderlässe gemacht. Am 22., wo ich den Kranken zum ersten Male sah, war der Zustand also: Pat. lag in einem tiefen Sopor, aus dem er nur mit Mühe geweckt werden konnte, und gab verwirrte Antworten. Das Gesicht war röthlich, aber beim Anfühlen kalt, die Augen geschlossen, die Pupillen erweitert, kaum reagirend auf das einfallende Licht, die Respiration äusserst leise, kaum sicht- und hörbar, der Puls langsam, nur 44 Schläge in der Minute machend, zusammengezogen und weich, die Rückenlage wechselte mit der rechten Seitenlage ab, obere und untere Extremitäten fühlten sich eiskalt an und standen nicht mehr unter der Herrschaft des Willens, Stuhl und Urin gingen unwillkürlich ab, der Leib war eingefallen, die Lebergegend nicht empfindlich, die Zunge blassgelblich belegt, der Stuhl träge. Eine Verletzung der Schädelknochen konnte nicht ausgemittelt werden. Das rechte Ohr schien etwas geschwollen, und zeigte noch getrocknete Blutkrusten. Pat. fuhr zuweilen mit den Händen über den Kopf nach der rechten Schläfegegend, und legte bald beide Arme, bald nur einen Arm, besonders den linken, quer über den Kopf. Auch bohrte er in den rechten Gehörgang tief den Finger. Es wurden 10 Unzen Blut aus der Armvene entzogen, 12 Blutegel an den Zitzenfortsatz der rechten Seite gesetzt, kalte Fomente auf den Kopf und warme um die Füsse applizirt und an die Waden Vesikatore gelegt. Zum inneren Gebrauche ein Infus. aus Fl. arnic. und Fol. senn. mit Salpeter und Magnes. sulph.

Am 23. Der Zustand war wenig verändert, nur einige Unruhe bemerkbar, der Puls etwas beschleunigter und mehr gehoben und die Extremitäten wärmer.

Am 24. Pat. sprach mehr, aber verwirrt, und fiel beim

Aufsitzen wieder nieder. Der Sopor lässt nach, der Zungenbeleg lockerte sich auf, der Puls war freier und machte 50 Schläge in der Minute, die Lage wurde oft gewechselt, die Ausleerungen erfolgten bewusstlos.

Am 26. Munteres Delirium und grosse Geschwätzigkeit, Blick eigenthümlich, Blinzeln mit den Augenlidern, die Iris reagirte wieder mehr auf das einfallende Licht.

Am folgenden Tage traf ich Pat. auf dem Hofe sitzend an. Er sprach bald vernünftig, bald irre, und wusste noch immer nicht recht, wo er war und was mit ihm vor sich gegangen. Der Puls machte 60 und einige Schläge in der Minute und setzte aus, die Zunge war reiner, der Appetit gut, der Stuhl mehrmals eingetreten, die Vesikatorstellen empfindlich. Pat. konnte nicht allein gehen, und schleppte den rechten Fuss mühsamer fort, als den linken. Auch konnte er die Ferse leichter aufheben, als den vorderen Theil des Fusses. Auf dem rechten Ohre bestand Schwerhörigkeit und Singen. Die Lähmung hat sich gänzlich wieder verloren, und die Schwerhörigkeit sehr vermindert.

Vierter Fall. Vor 12 Jahren wurde ich eiligst zu einem 24jährigen, früher gesunden Mädchen, welches von einem hohen Kirschbaume gefallen war, gerufen. Pat. war anfangs betäubt, schwindlich und ihrer Glieder nicht mächtig. Diese Zufälle verloren sich bald wieder. Die Brust war gleich sehr beengt, das Athemholen äusserst beschwerlich und grosse Dyspnoe vorhanden. Pat. hielt die Rückenlage ein und konnte auf den Seiten nicht liegen, klagte über flüchtige Stiche in den Seiten und über einen heftigen Schmerz unter der Mitte des Brustbeines. Die Perkussion ergab einen dumpfen Ton, und die Auskultation in der linken Lunge ein undeutliches, knackendes Respirationsgeräusche, während es in der rechten Lunge deutlicher zu vernehmen war. Das Gesicht war blass, die Temperatur der Haut erniedrigt, der Puls sehr frequent, gross, voll und kräftig. Nicht lange nach dem Falle traten mehrere Stühle ein. Es wurde ein Aderlass gemacht, und innerlich antiphlogistische Mittel gegeben.

Am folgenden Tage dauerten die Respirationsbeschwerden fort. Pat. konnte nicht gut schlingen, und jedesmal nur eine kleine Menge herunterbringen. Auf der vorderen und seitlichen Fläche des Halses, so wie auf der halben vorderen Brustfläche, hatte sich ein starkes Emphysem gebildet, das beim Drucke einen knisternden Ton gab. Das rechte Akromion war schmerzhaft und geschwollen, der Arm konnte nur mit grösser Mühe und Unterstützung gehoben werden. Eine Fraktur war weder an diesen Theilen, noch an den Rippen zu finden. Das Gesicht war roth, die Temperatur der Haut erhöht, der Herzschlag frequent, der Puls beschleunigt und aussetzend, die Zunge dunkelgelb belegt, die Esslust gestört, Stuhl erfolgt. Es wurde nochmals ein Aderlass gemacht, und zum inneren Gebrauche ein Infus. hb. digital. mit Salpeter und Magnes. sulph. gereicht.

Am siebenten Tage hatte das Emphysem, welches mit Lin. ammon. camph. eingerieben wurde, bedeutend abgenommen, die Respiration war leicht und ruhig, der Puls normal, das Schlingen weniger beschwerlich, die Zunge fast wieder rein. Man hörte in beiden Lungen ein normales Respirationsgeräusch, dagegen vernahm man bei der Perkussion noch einen dumpfen Widerhall. Pat. wurde bald völlig wiederhergestellt.

Entzündung, Extravasat, Eindrücke und Brüche des Schädels sind gefährliche Komplikationen der Hirnerschütterung. In den drei letzteren Fällen kommt die Trepanation in Frage, die ungeachtet der vielen Diskussionen noch immer nicht erledigt ist. Jeder weiss, wie verschieden in dieser Beziehung die Ansichten der Wundärzte sind. Das eine ärztliche Tribunal entscheidet sich für die Operation, während das andere sie unbedingt verwirft.

Bei Kindern muss die Trepanation aus einem anderen Gesichtspunkte beurtheilt werden. Für das kindliche Alter ist diese Operation ein viel zu gefährlicher Eingriff, als dass sie kaum jemals angezeigt ist. Die rege Naturheilkraft beseitigt das Extravasat und gleicht die Impression des Schädels bei einer zweckmässigen Behandlung wieder aus. Knochensplitter lassen sich oft aus der Wunde entfernen. Wie sollte wohl bei einer so dünnen und zarten Beschaffenheit der Knochen füglich der Trepan angesetzt, und eine Verletzung der harten Hirnhaut vermieden werden können? Jedenfalls würde, wenn auch eine geschickte Hand diesen Uebelständen auswiche, die durch die Operation bedingte Reaktion in ihren Folgen wenigstens eben so gefährlich sein, wie die Verletzung selbst.

Demnach kann bei Kindern die Trepanation, wofern man sie nicht ganz verwerfen will, höchstens nur dann eine Anzeige finden, wenn die Gefahr der Verletzung bei weitem grösser ist, als die Gefahr der Operation; wenn ferner die Zufälle sich auf keine andere Weise beseitigen lassen; wenn endlich die Operation an einer geeigneten Stelle ausgeführt werden kann. Unter solchen Umständen ist wohl von der Operation kein günstiger Erfolg mehr zu erwarten. Ueberdies enden bedeutende Verletzungen des Schädels und des Gehirnes gewöhnlich schnell mit dem Tode.

VII. Otitis interna.

In den neuesten Handbüchern über Kinderkrankheiten, namentlich von Ch. West und Bouchut, ist die Otitis interna nur oberflächlich abgehandelt. Viel ausführlicher hat Schwarz diese Krankheit beschrieben. Wenn Bouchut behauptet, dass die Ohrentzündung in der ersteren Periode des kindlichen Alters sehr selten sei, so ist er im Irrthume. Schon das häufige Vorkommen der Otorrhoe bei jüngeren Kindern beweist, dass die Otitis durchaus keine seltene Krankheit sei. West hält sie sogar vor der ersten Dentition für sehr häufig. Jedoch steht die Frequenz dieser Krankheit nicht im Verhältnisse zu der Frequenz des Hydrocephalus acutus oder der Meninigitis tuberculosa.

Auftreten, Verlauf und Ausgang.

Kleinere Kinder, die ihre Leiden noch nicht aussprechen können, sind verdriesslich und mürrisch, weinen oft Stunden lang, sogar den ganzen Tag, und lassen sich nur schwer beruhigen. Bald wollen sie in der Wiege liegen, bald wieder auf den Arm genommen sein. Sitzen sie auf, so lehnen sie den Kopf auf die Schulter der Mutter; liegen sie in der Wiege, so reiben sie den Kopf hin und her, oder drücken ihn tief in's Kissen. Haben sie endlich eine behagliche Lage gefunden, so fallen sie ganz ermattet in den Schlaf. Der Schlaf dauert aber selten lange an. Die Kinder wachen mit Schreien auf, und setzen es fast bis zur Heiserkeit fort. Zuweilen werden sie durch eine sanfte Unterstützung des Kopfes beruhigt, oder durch das Umhertragen in der freien Luft, wenn sie auf dem Arme der Wärterin bequem liegen. Schaukeln und Geräusche machen sie unwillig und weinerlich, einige Kinder lieben aber das Weinen und den Gesang.

Reicht die Mutter dem Kinde die Brust, so nimmt es die Brustwarze begierig in den Mund, lässt sie aber, wenn es eben zu saugen angefangen hat, gleich wieder unter heftigem Schreien fahren, schlägt um sich, geberdet sich sehr unruhig, greift mit der Hand nach dem Kopfe oder der Nase, oder führt sie geradezu nach der leidenden Ohrseite. Mit dem Löffelchen werden die Speisen und Getränke lieber genommen. Das äussere Ohr ist zuweilen geröthet und zeigt in der nächsten Umgebung eine erhöhte Temperatur, die Berührung des leidenden Ohres und des

Zitzenfortsatzes verursacht wohl Schmerzen, besonders wenn man den Ohrknorpel nach innen drückt.

Mitunter ist die Schleimhaut der Nase und des Rachens mitergriffen, Schnupfen vorhanden und der weiche Gaumen und die Mandel, so wie die Wange, auf der leidenden Seite leicht geröthet. Man trifft diese Zufälle an, wenn die Krankheit einen katarrhalischen Charakter hat und mehr schleichend verläuft.

Die Urinsekretion geht ungestört vor sich, und der Stuhl erfolgt ziemlich regelmässig, selten ist er hartnäckig verstopft, zuweilen treten selbst mehrere Ausleerungen innerhalb 24 Stunden ein, die ein schleimiges, grünes Aussehen haben. Erbrechen ist selten, die Temperatur der Haut kaum erhöht, der Puls dagegen beschleunigt, die Respiration ruhig und regelmässig. Gegen das Ende der Krankheit erscheinen Zuckungen und Konvulsionen, unter denen das Leben entflieht.

Die Krankheit hat bald einen katarrhalischen, bald einen phlegmonösen Charakter, und nimmt entweder einen akuten oder subakuten Verlauf. Im ersteren Falle erfolgt zuweilen schon vor dem siebenten Tage der Tod, im letzteren Falle dagegen zieht sich die Ohrenentzündung mehr oder weniger in die Länge, und wird von weniger intensiven Zufällen begleitet. Häufig geht die akute Form in die chronische über.

Häufig zeigt sich nach Ablauf von 8 bis 14 Tagen, mitunter auch früher, ein eiterartiger Ausfluss aus dem Ohre, der bezüglich der Menge, der Farbe und Konsistenz wechselt. Das Sekret erscheint bald plötzlich, bald schleicht es langsam heran. Erfolgt der Ausfluss plötzlich und mit einem Male, so hat das Sekret, wie Itard glaubt, das Trommelfell durchbohrt und in den inneren Höhlen des Ohres seinen Sitz gehabt. Zuweilen entleert sich auch der Eiter durch die Eustachische Röhre, in seltenen Fällen bahnt er sich einen Weg durch den Zitzenfortsatz. Im ersteren Falle tritt bisweilen Erbrechen ein, oder die Krankheit geht spurlos wieder vorüber, im anderen dagegen ist der Mastoidfortsatz von Karies ergriffen, deren Heilung sich in die Länge zieht.

Bei kleineren Kindern geht die Otitis selten in Zertheilung über. Der Grund hievon liegt einerseits in der Schwierigkeit der Diagnose, und andererseits in dem späten Hülferufe. Der gewöhnliche Ausgang ist der in Otorrhoe, die von geringeren oder grösseren Strukturverletzungen begleitet wird, und meistens

längere Zeit, selbst Jahre lang andauert. Man theilt sie in eine äussere und in eine innere, je nach dem die Otorrhoe die Folge einer akuten oder chronischen Entzündung der Schleimhaut oder des Periosteums des Gehörganges ist, oder aber auf einer vorausgegangenen Entzündung der Schleimhaut, des Zellgewebes oder des Periosteums der Trommelhöhle beruht. Zuweilen leidet gleichzeitig der äussere Gehörgang und die Trommelhöhle, oder geht der eine Zustand in den anderen über. Dieses ist aber nicht immer der Fall. Als Unterscheidungszeichen wird angegeben, dass bei der inneren Otorrhoe gewöhnlich eine Affektion des Gehörganges fehle, oder wenn diese sekundär entstanden, stehe sie doch nicht im Verhältniss zu der Menge der ausfliessenden Feuchtigkeit und zu den Funktionsstörungen.

Erster Fall. Ein 7 Monate altes, kräftiges Mädchen, welches die Mutterbrust nahm, wurde recht verdriesslich, weinte viel, schlief wenig und unruhig, und schreckte oft im Schlafe auf. Periodisch fing das Kind stärker an zu schreien, zog die Beine aufwärts gegen den Unterleib, und stiess sie dann gewaltsam wieder von sich oder rieb sie unter heftigem Weinen gegen einander. Wurde das Kind in die freie Luft getragen, so war es viel ruhiger als zu Hause, und schlief auf dem Arme der Wärterin. Es hatte täglich mehrere grüne Stühle, und wollte mitunter die Brust nicht gern nehmen, sondern fasste die Warze nur eben an und liess sie dann gleich wieder fahren. Dieses war aber nicht immer der Fall, und das Saugen selbst geschah ohne sichtliche Beschwerde.

Nachdem diese Zufälle schon über acht Tage angedauert hatten, wurde mein Rath in Anspruch genommen. Die schleimigen, grünen Stühle bestanden fort, der Unterleib war weich und bei der Berührung nicht schmerzhaft, die Zunge weisslich belegt, die Haut fühlte sich weder am Kopfe, noch auf dem Bauche wärmer an, die Urinsekretion ging ungestört vor sich. Erbrechen war nur einmal nach dem Einflössen von Kamillenthee erfolgt.

Saure Magen-Darmstoffe schienen mir die Ursache aller Zufälle zu sein. Für diese Ansicht sprachen die vermehrten grünen Stühle, das Anziehen und Abstossen der Beine, so wie der Zungenbeleg. Nur ein einziges Symptom hätte mich auf eine andere Idee bringen können. Ich meine das schnelle Wiederloslassen der Brustwarze. Diese Erscheinung entging zwar meiner Aufmerksamkeit nicht, wurde aber deshalb nicht für charakteristisch gehalten, weil dieses Symptom bei dem fraglichen Kinde nicht konstant war, abgesehen davon, dass es auch in anderen Krankheiten vorkommt.

Nach einigen Tagen zeigte sich auf der linken Seite unter dem Unterkiefer in der Nähe des Ohrläppchens eine anfangs kleine,

harte Geschwulst, die allmählig die Grösse eines Taubeneies erreichte. Diese Geschwulst wurde mit Ungt. alth. c. Ol. hyosc. coct. eingerieben. Die Stühle behielten bei der Anwendung von Magnes. ust. mit Tr. rhei aq. ihre grüne Beschaffenheit, wenn sie auch einen Tag eine gelbliche Farbe annahmen.

Nach einer vorausgegangenen unruhigen Nacht war das Kind in den nächsten Morgenstunden äusserst verdriesslich und weinerlich, schlief mit halboffenen Augen, die hin und her gedreht wurden, hatte ein blasses Gesicht und leichte Zuckungen. Diese Zufälle liessen sich nicht füglich auf Rechnung der Submaxillargeschwulst, die noch keine Zeichen von einem Uebergange in Suppuration darbot, bringen. Viel eher durfte das Darmleiden angeschuldigt werden. Die Krankheit wollte sich jedoch bald entlarven. Schon in der folgenden Nacht — es war am siebenten Tage der Behandlung — fiel die Maske. Plötzlich und mit einem Male entleerte sich eine bedeutende Menge weissgelblicher Eiter aus dem linken Ohre. Gleich nachher wurde das Kind ganz ruhig, und schlief mehrere Stunden, ohne aufzuwachen. Die Sekretion dauerte noch mehrere Tage an. Die Submaxillargeschwulst liess sich weder zertheilen, noch in Suppuration setzen. Erst drei Wochen nach ihrem Erscheinen konnte ich sie mittelst einer Inzision öffnen. Heilung erfolgte rasch nach. Das Kind ist seitdem recht gesund, und verräth durchaus keine Schwerhörigkeit.

Zweiter Fall. Ein $1^1/_2$ jähriges, gesundes Mädchen gedieh an der Mutterbrust sehr gut, wiewohl der Stuhl in dem ersten Lebensjahre in der Regel nur alle 3 bis 4 Tage eintrat. Im späteren Verlaufe erfolgte täglich eine Stuhlausleerung. Der Kopf hat eine mehr rundliche Form, und die Geistesfähigkeiten waren dem Alter nach sehr entwickelt. Das Kind litt an Keuchhusten, der epidemisch herrschte.

Ein Fall in den Keller hatte keine weiteren nachtheiligen Folgen, als dass das Kind seitdem häufig die Hand zum Kopfe führte. Etwa vier Wochen nach dieser traumatischen Einwirkung fing das Kind an, jedesmal plötzlich ohne allen sichtbaren Grund mit einem durchdringenden, scharfen Tone zu schreien, zog den Kopf stark nach hinten über und warf sich auf den Boden, oder aber blieb stehen und stampfte unaufhörlich mit den Füssen auf die Erde, so lange der Anfall dauerte. Der ganze Körper wurde gleichsam konvulsivisch erschüttert, das Auge funkelte und hatte einen wilden Blick, das Gesicht war feuerroth und die Physiognomie glich der eines Zürnenden. Das Kind griff nach dem linken Ohre, schlug kraftvoll mit den Händen um sich und stiess die Füsse mit Gewalt ab. Während eines solchen Anfalles, der bald kürzere, bald längere Zeit dauerte, vermochte selbst das freundlichste Zureden der Mutter nicht zu beruhigen. Nach Beendigung des Paroxysmus wurde das Kind wieder munterer, verlangte mitunter seine Spielsachen und hatte ein blasses Gesicht. Es dauerte aber gewöhnlich nicht lange, und die Szene wiederholte sich auf's

Neue. An dem Tage, wo meine Hülfe nachgesucht wurde, folgte der eine Anfall dem anderen.

Die sonst besorgten Aeltern hielten diesen Zustand irrthümlicher Weise bald für Unart, bald für Zahnbeschwerden. Alle Schneidezähne waren bereits da und in der vorigen Woche auch zwei Backenzähne durchgebrochen und zwei andere mit dem Finger fühlbar. Das Kind hatte aber schon längere Zeit mehr Gleichgültigkeit gegen seine Spielsachen gezeigt und ein verdriessliches, mürrisches Wesen geäussert. Die Zunge war rein, die Nase trocken, welche, so wie die Augen, häufig gerieben wurde, Hitze aber weder am Kopfe, noch am übrigen Körper wahrzunehmen. Das Kind wollte anfangs lieber auf den Armen getragen sein als in der Wiege liegen, lehnte den Kopf an und hatte einen unruhigen Schlaf, liebte aber den Gesang seiner Mutter. Die Esslust war gestört, der Durst vermehrt und das Auge lichtscheu. Hierzu gesellte sich Erbrechen, das bald mit dem Husten, bald beim Einnehmen der Arzneien eintrat. Der Stuhl war träge, die Respiration ruhig, das Gesicht blass. Die Verdriesslichkeit steigerte sich so sehr, dass das Kind, wenn man nur den Versuch machte, sich ihm zu nähern, mit lauter Stimme rief: „Weg! Weg!“ Die Urinausleerung erfolgte selten, mitunter in 24 Stunden nur zweimal, dann aber in grösserer Quantität. Das Kind schlummerte viel mit offenen Augen, und lag lieber auf der rechten Kopfseite als auf der linken der leidenden Ohrseite. Die Respiration war nun beschleunigt, wurde aber von Stöhnen und Seufzern unterbrochen. Auch der Puls wurde frequent, ohne jedoch unregelmässig zu sein, und gegen Abend erhöhte sich die Temperatur am Kopfe.

Im linken Ohre, nach welchem die Hand häufig geführt wurde, sammelte sich erst eine schleimige Feuchtigkeit, dann aber eine reichliche Eitersekretion an, die einen starken Geruch verbreitete, während der äussere Gehörgang auf der rechten Seite trocken war. Hinter dem linken Ohre, am Halse und selbst im unteren Theile der Kopfhaare bildete sich eine Gruppe von grösseren und kleineren Pusteln, die eine trübe, gelbliche Flüssigkeit enthielten. Der Hof des Exanthems hatte anfangs ein blassrothes, später aber ein hellrothes Ansehen.

Am vierten Tage der Behandlung erschienen plötzlich in der Nacht Konvulsionen, die sich am folgenden Tage wiederholten. Es traten Apathie, Schmecken mit den Lippen, Zupfen an den Wangen, Aufschrecken und Delirien ein, die Pupillen erweiterten sich aber nicht. Während des schlummersüchtigen Zustandes rief das Kind, auf dem Schoosse der Mutter liegend, oft laut: „Mama! Mama! Nein! Nein!“ Der anfangs frequente Puls wurde langsamer, der Stuhl stockte, die Urinsekretion fiel sparsam aus.

Die linke Ohrmuschel schwoll stark entzündlich an, und stand weit vom Kopfe ab. Auch hinter dem Ohre der leidenden Seite und in der näheren und ferneren Umgebung bildete sich eine

Entzündungsgeschwulst, die in Exulzeration überging, und selbst im behaarten Theile des Hinterhauptes erschienen exulzerirte Stellen, von denen einige tief eindrangen. Hinter dem Ohre hatte die Exulzeration die Grösse eines Pfennigstückes, und drang bis auf den Knochen ein. Der Eiter hatte eine schlechte Beschaffenheit. Das Kind gestattete anfangs durchaus keine Berührung und Untersuchung der Theile, und schrie bei dem jedesmaligen Versuche ganz entsetzlich. Das Kind wurde gerettet und erfreut sich bis jetzt der besten Gesundheit. Die Behandlung währte vom 23. Okt. bis zum 7. Dez. 1840.

Dritter Fall. Ein 11jähriges Mädchen litt bereits zwei Jahre an einem eiterartigen Ausflusse aus dem linken Ohre, als es in meine Behandlung kam. Das Kind klagte über zeitweise sich steigernden Schmerz im Ohre, so wie in der Stirne und im Nacken, hatte keine Esslust, eine gastrisch belegte Zunge, mit dunkelrothem Grunde und hervorragenden Pupillen, vermehrten Durst, verstopften Stuhl und einige Male Erbrechen. Der Schlaf fehlte, die Pupillen waren sehr erweitert, das Auge verrieth aber keine Lichtscheu.

Nach einigen Tagen liessen diese Zufälle wieder nach, nachdem die Zunge reiner geworden und mehrere Spulwürmer theils mit dem Stuhle, theils durch Erbrechen ausgeleert waren. Allein die Besserung dauerte nicht lange an. Soporöser Zustand, Rückenlage mit weit auseinander gespreizten Beinen, das linke Bein gegen den Bauch angezogen und im Knie gebogen, das rechte dagegen ausgestreckt, die linke Hand unter dem Hinterkopfe, die rechte flach auf den Genitalien ruhend, Gesicht blass, Mund weit offen, Lippen trocken, Zähne mit einem Kleister überzogen, üblen Athem, Zunge zurückgezogen und trocken, Augen halb offen mit aufwärts gekehrter Cornea, Pupillen sehr erweitert, leise, von Seufzern unterbrochene Respiration, zuweilen lautes Aufschreien, Unterleib ganz kollabirt, mit vorspringenden Rippen und Backenknochen, Stuhl träge, Urin sparsam, weingelblich mit einem kleienartigen Sedimente und einem schillernden Häutchen auf der Oberfläche, Puls äusserst langsam und schwach, mit einzelnen sich schneller folgenden Schlägen, Haut trocken und pergamentartig, waren die Erscheinungen, die bald folgten und ein gleichzeitiges tiefes Ergriffensein des Gehirnes bekundeten. Das Kind liess sich aus dem soporösen Zustande durchaus nicht aufwecken, nur zuweilen schien es die Augen öffnen zu wollen. Jedoch erwachte es ein anderes Mal spontan, erkannte die Umgebung und klagte über Kopf, Nacken und Ohr, so wie über Schmerz in allen Gliedern. Seit dem Auftreten des Hirnleidens verminderte sich die Oterrhoe, und floss nicht mehr eine eiterartige, sondern eine mehr blutige Masse aus dem Ohre. Das Kind wurde wiederhergestellt.

Aetiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung.

Das kindliche Alter prädisponirt zu der in Rede stehenden Krankheit. Erkältung, Dentition, Unterdrückung von Gesichts- und Kopfausschlägen, unvorsichtiges Heilen von Wundsein hinter den Ohren vermitteln den Eintritt der Otitis. Katarrhalische Entzündungen der Nasen- und Rachenhöhle verbreiten sich zuweilen über die Eustachische Röhre bis in das innere Ohr. Selten veranlassen Konvulsionen, die die Ohrgegend treffen, die Krankheit. Jedoch scheint in unserem zweiten Falle der Sturz in den Keller als Kausalmoment wenigstens mitangeschuldigt werden zu dürfen. Das Kind erlitt zwar keine äussere Verletzung, führte aber seit dem Falle häufig die Hand zum Kopfe und besonders nach dem linken Ohre. Gar häufig steht die Otitis mit Skropheln im Zusammenhange. Auch wird sie nicht selten durch Metastasen, namentlich bei unregelmässigem Verlaufe des Scharlachs und der Masern, veranlasst. Zuweilen verursachen Insekten und ihre Larven oder andere fremde Körper, so wie vertrocknetes Ohrenschmalz, die fragliche Krankheit.

Die Erkenntniss der Otitis unterliegt bei jüngeren Kindern, die sich noch nicht aussprechen können, grossen Schwierigkeiten. Das anhaltende Weinen, das periodisch heftigere Aufschreien, das Ruhigwerden und Einschlafen nach langem Hin- und Herbewegen des Kopfes, das Anlehnen des Kopfes beim Aufnehmen, das hastige Ergreifen und das schnelle Wiederloslassen der Brustwarze, das leichtere Schlingen beim Füttern, die Schmerzäusserung, selbst bei sanftem Zusammendrücken der Ohrknorpel, sind allerdings höchst beachtenswerthe Momente, geben aber nur dann erst völlige Gewissheit von dem Dasein der Otitis, wenn durch Induktion feststeht, dass die Zufälle durch ein anderes Leiden bedingt werden.

Aeusserst schwierig ist die Diagnose, wenn sich die Otitis mit Hydrocephalus acutus komplizirt. Diese Verbindung trifft man häufiger bei der Otorrhoe als bei der akuten Ohrenentzündung an. Ausser den beiden vorstehenden Fällen haben wir bereits oben in der Hydrokephalus-Lehre sub Nr. 14 und 15 noch zwei andere Fälle, von denen der eine einen 1jährigen Knaben und der andere ein 5 Monate altes Mädchen betrifft, mitgetheilt. Diese beiden Fälle liefen tödtlich ab.

Schwarz unterscheidet die Otitis von Hydrocephalus acutus

also: „Bei der Otitis," sagt er, „ist im Anfange keine, oder doch eine sehr geringe Turgeszenz nach dem Kopfe bemerkbar; die Hitze an der Stirne ist sehr wenig fühlbar; es ist weder Erbrechen, noch hartnäckige Verstopfung vorhanden; alle Funktionen gehen noch regelmässig von Statten; je nachdem sich die Komplikation mehr oder weniger ausbildet, treten die Erscheinungen des Gehirnfiebers (Febris hydrocephalica) mehr und mehr hervor." Diese Symptome verdienen allerdings berücksichtigt zu werden, haben aber nicht die diagnostische Bedeutung, die ihnen beigelegt wird. Wir können hier füglich die Unterscheidung der Otitis von Hydrocephalus acutus, so wie die Erkennung ihrer Komplikation, übergehen, da wir die diagnostischen Momente in unserer schon mehrmals erwähnten Schrift bereits erörtert haben.

Wie leicht man getäuscht werden kann, wenn Otitis von Bauchgrimmen begleitet wird, davon gibt der erste von den oben mitgetheilten Fällen einen klaren Beweis. Die Empfindlichkeit einer Ohrseite bei der Berührung, so wie die Art des Anfassens der Brustwarze und des Saugens, können hier leiten. Zugleich untersuche man, ob Schnupfen oder eine katarrhalische Affektion des Halses vorhanden sei. Die Kolik an und für sich lässt sich nicht wohl mit der Otitis verwechseln. Die Aufblähung der Gedärme, das Poltern der Gase, das sauere Aufstossen, der saure Geruch aus dem Munde, das Erbrechen geronnener Milch, die grüne Beschaffenheit der Stühle, das Anziehen und Abstossen der Beine, das Ruhigwerden nach dem Abgehen von Flatus und Ructus sind hinlänglich charakteristisch.

Die Prognose hängt ab von der Form der Krankheit, der Intensität der Zufälle, den vermittelnden Kausalmomenten und den Komplikationen. Im Allgemeinen ist das Ergriffensein eines so wichtigen Sinnesorganes für eine gefährliche Krankheit zu halten. Die grosse Empfindlichkeit des Organes und das öftere Eintreten eines konsekutiven Hirnleidens erklären es leicht, warum die Krankheit selbst bei einer frühzeitigen Erkennung und einer ganz zweckmässigen Behandlung so oft den Tod zur Folge hat. Gelingt es aber auch, den Tod abzuwenden, so bleiben doch nicht selten höchst bedeutungsvolle Folgeübel, wie Ohrensausen, Otorrhoe, Schwerhörigkeit oder gar Taubheit, zurück.

Günstiger als in der phlegmonösen Form ist die Prognose in der katarrhalischen Otitis, die oft wieder schwindet, wenn die Affektion der benachbarten Schleimhäute in der Nasen- und Ra-

chenhöhle beschäftigt wird. Kramer behauptet, dass selbst bei Jahre lang eingewurzeltem und bei vernachlässigtem Uebel immer noch Heilung oder bedeutende Besserung bei angemessener Behandlung zu erwarten sei. Auch ich kenne Fälle, wo sich das Ohrenbrausen und die Schwerhörigkeit allmählig wieder von selbst verlor, oder sich doch wenigstens bedeutend verminderte. Die Kranken hörten bei schöner, warmer Witterung besser, als bei nasser, kalter Luft. Wofern sich aber zwischen dem Gehirne und Felsenbeine Eiter angesammelt hat, kann zwar, wie Kramer bemerkt, durch Bahnung eines Abflusskanales für den Hirnabszess durch das Felsenbein nach dem äusseren Gehörgange das Leben gefristet, aber nicht auf die Dauer erhalten werden. Ganz unerwartet tritt Apoplexie und Tod ein.

Aus diesen prognostischen Momenten ergibt sich, dass wir zeitig die Otitis durch eine angemessene Behandlung zu bekämpfen suchen müssen. Die Behandlung selbst ist einfach, und wird durch Ableitung nach dem Darme und der Haut realisirt. In der katarrhalischen Form genügen oft, neben einem warmen Verhalten, salinische Abführmittel und Vesikatore, während in der phlegmonösen Form eine strenge Antiphlogistik geboten ist. In unserem zweiten Falle wurde eine Auflösung von Salpeter und Tart. natron. und zugleich alle zwei Stunden ein halber Gran Kalomel gegeben, im Ganzen aber von diesem letzteren Mittel nur eine kleine Quantität verbraucht. Ueberdies wurden gleich 4 Blutegel an den Zitzenfortsatz der leidenden Seite gesetzt, und für eine reichliche Nachblutung gesorgt. Seitdem traten die Schreie seltener ein, waren weniger grässlich und gingen schneller vorüber. Das Kind fühlte sich unmittelbar nach der Blutentleerung so erleichtert, dass es spielend durch die Stube lief und essen und trinken wollte. Im kindlichen Alter ist der Aderlass zu umgehen, und genügt vollkommen eine topische Blutentziehung durch Blutegel.

Auch habe ich warme Dämpfe aus einem Aufgusse von Fliederblumen mit Milch versetzt, so wie Kataplasmen, mit entschiedenem Vortheile angewendet. Dadurch wurden nicht allein die heftigen Ohrschmerzen bedeutend gelindert (die kleinen Kinder, die sich noch nicht mittheilen konnten, duldeten diese Mittel gern und wurden ruhiger), sondern auch der Eiterausfluss aus dem Ohre gefördert. Wo die Sekretion stockte oder gar unterdrückt war, wurde sie durch diese Mittel wieder hervorgerufen. Vor

einigen Jahren suchte eine junge Frau wegen heftigen Kopfschmerzen, die periodisch erschienen und bereits drei Jahre andauerten, bei mir Hülfe. Viele Mittel waren schon vergebens angewendet. Die Ursache des Kopfleidens lag nahe. Die Frau hatte früher an Otorrhoe gelitten. Sie liess nun auf meinen Rath Dämpfe von einem Fliederblumen-Aufgusse in und an das früher affizirte Ohr streichen, und bedeckte es mit Kataplasmen. Die Otorrhoe erschien wieder, und der fürchterliche Kopfschmerz schwand, ohne später zurückzukehren.

Ueberall ist die Realisirung der Indicatio causalis eine der vollwichtigsten Aufgaben. Bei rheumatischem Ursprunge leistet in der Otitis ein Vesikator im Nacken, dessen Sekretion mehrere Tage zu unterhalten ist, gute Dienste und unterstützt wesentlich die anderen Heilmittel, während nach unterdrückten Kopfausschlägen sich das Einreiben von Ungt. tart. stib. in den Nacken heilsam erweist. Vertrocknetes Ohrenschmalz und andere fremde Körper müssen durch geeignete Mittel aus dem Gehörgange entfernt werden. Bei morbillöser Metastase empfiehlt Schwarz nach Dämpfung der dringendsten Entzündungsperiode Kamphor mit Guajak, bei skarlatinöser Moschus, bei psorischer Schwefel, bei syphilitischer Merkur.

Das skrophulöse Element, welches bei der Otitis der Kinder eine so wichtige Rolle spielt, ist wohl zu berücksichtigen. Ueberdies ist zu bedenken, dass die Otorrhoe immer höchst vorsichtig behandelt werden muss. Die künstliche Durchbohrung des Trommelfelles, die Itard bei Eiteransammlung in der Trommelhöhle für nöthig hält, ist zu erwarten. Kramer bemerkt, dass die Perforation dieser Membran auf spontane Weise durch die Entzündung früh genug herbeigeführt, und durch die Eröffnung des Trommelfelles die Gefahr des Uebels nicht sehr vermindert werde. Eiteranhäufungen über dem Mastoidfortsatze, der zuweilen eine speckige oder käsige Metamorphose erleidet, erfordern bei der Eröffnung grosse Vorsicht, um nicht durch tiefes Eindringen mit der Lanzette die Meningen zu verletzen. Bei kariösem Ergriffensein des Felsenbeines kann die Asa foet. mit Acid. phosphor. versucht werden. Krukenberg empfiehlt dieses Mittel.

VIII. Blennorrhoea oculi catarrhalis und einige andere Augenleiden.

Die Blennorrhoeen gehören zu den wichtigeren Krankheiten des Auges, und erfordern ein rasches, aber umsichtiges Einschreiten. Die erste pathognomonische Erscheinung, die sie darbieten, ist das Erscheinen des Papillarkörpers in der Bindehaut. Diese Membran verliert ihre Funktion als seröse Haut, und repräsentirt durch die Metamorphose, die sie eingeht, ein schleimsezernirendes Organ. Die drei Lebensstufen der Augenblennorrhoeen charakterisiren sich als Hydrorrhoe, Phlegmatorrhee und Pyorrhoe. Wasser, Schleim und Eiter sind also die verschiedenen Sekrete und zugleich die Anhaltspunkte, welche die verschiedene Bildungsstufe der Blennorrhoe bezeichnen. Jüngken behauptet anderen Aerzten gegenüber, dass nicht jeder Augenblennorrhoe nothwendig eine Entzündung vorhergehe. Die Blennorrhoea aegyptiaca, gonorrhoica und neonatorum bilden nach seiner Meinung eine Gruppe, welche nicht die Folge einer Entzündung sind, sondern primär als Schleimflüsse auftreten und sich gleich bei der ersten Spur eines Augenleidens als solche manifestiren, während dagegen die katarrhalische, skrophulöse und arthritische Blennorrhoe sekundären Ursprunges sind.

Erster Fall. Der siebenjährige Sohn eines Kaufmannes, schwächlicher Konstitution und schwerhörig von Jugend auf, klagte über heftige Schmerzen im rechten Auge. Das Auge war lichtscheu und geschlossen, die Cilien an den Wurzeln mit Schleim verklebt. Der Knabe war katarrhalisch affizirt, hustete und konnte durch die rechte Nasenhöhle keine Luft ziehen. Die Bindehaut des oberen und unteren Augenlides war stark geröthet, aufgewulstet und in eine Schleimmembran verwandelt. Dagegen war die Conjunctiva der Sclerotica und Hirnhaut noch frei. Es ergoss sich viel Schleim aus dem Auge, der sich auf der Nasenwurzel anhäufte. Es wurden gleich 8 Blutegel applizirt, Pockensalbe in den Nacken eingerieben und Kalomel mit Jalapa gegeben. Darauf traten bald zwei Stühle ein, und am folgenden Morgen hatte sich die pralle Geschwulst des oberen Augenlides vermindert, dagegen die Schleimsekretion noch nicht abgenommen. In den Abendstunden nahmen Lichtscheu und Schmerz wieder zu, das obere Augenlid ragte beim Schliessen des Auges über das untere hervor und zeigte eine geringe Röthe, die Bindehaut der Sclerotica war entzündet, das Gesicht geröthet, der Kopf dünstete aus. Es wurden nochmals 6 Blutegel gesetzt und lauwarme Fomente von Milch gemacht. Nach 16 Tagen war das Augenübel völlig gehoben.

Zweiter Fall. Fast um dieselbe Zeit — es war im Sep-

tember — beobachtete ich noch einen anderen Fall, der aber weit intensiver war, bei einem 8jährigen zarten Mädchen, welches sich erkältet hatte. Es bildete sich auf dem linken Auge eine Entzündung der Bindehaut der Sclerotica. Die Conjunctiva wulstete schnell so stark sich auf, dass das Auge nicht mehr geschlossen werden konnte. Die Cornea blieb anfangs frei, dagegen schwollen das obere und untere Augenlid enorm an, das Auge schmerzte sehr, war äussers tlichtscheu und sezernirte einen kopiösen weissgelblichen Schleim ab. Die Bindehaut bildete einen dicken, rothen, sammtartigen Wulst um die Hornhaut. Gegen Abend trat heftiges Fieber ein, der Puls war beschleunigt, gross und voll, die Haut dünstete gelinde aus. Nach einigen Tagen wurde auch das rechte Auge befallen, jedoch in einem gelinderen Grade. Nach drei Wochen war die Schleimsekretion, wenn gleich sehr verändert, doch noch nicht verschwunden und die Lichtscheu noch immer gross. Das Kind lag den ganzen Tag mit dem Gesichte in dem Kissen, und erlaubte durchaus keine Untersuchung des Auges. Als man später wieder eine nähere Besichtigung vornehmen konnte, zeigte sich auf dem unteren Theile der Hornhaut eine fast bis zur Mitte der Pupille reichende weisse Trübung, die sich allmählig bei dem Gebrauche von Lap. div. und Zinc. sulph. sehr verminderte, so dass keine bedeutende Störung des Sehvermögens zurückgeblieben ist.

Ophthalmia scrophulosa.

In Westfalens Malaria-Distrikten ist die skrophulöse Augenentzündung eine frequente Erscheinung. Aeusserst selten tritt diese Krankheit vor der Dentition auf, gewöhnlich beginnt sie erst nach dem Durchbruche der ersten Zähne, und erreicht ihre grösste Höhe zwischen dem zehnten Lebensmonate und dem siebenten bis achten Jahre. Nach dieser Zeit wird sie wieder seltener, und verliert sich endlich in den Blüthenjahren. Analog verhält es sich mit der Meningitis tuberculosa. Die Ursache von dem Auftreten in dem bezeichneten Lebensabschnitte liegt wohl in der vorwaltenden Schwäche des chylepoëtischen Systemes. Das kindliche Alter besitzt noch nicht jenen Grad von Energie, um allen feindlichen Einflüssen, die von Aussen und Innen ihr Recht geltend machen, siegreich zu widerstehen.

Das kindliche Alter, die skrophulöse Diathese und die Schwäche des Systemes geben die Prädisposition ab. Die skrophulöse Augenentzündung wird stets von einer Störung des Nutritionsprozesses begleitet. John B. France hält die gestörte Digestion für eine der Hauptursachen dieser Augenentzündung und glaubt, dass erstere die letztere oft hervorrufe, ohne dass noch eine an-

dere äussere Ursache mitwirke. Das tiefe Leiden der Hämatose gibt aber nur den Grund und Boden her, auf dem die skrophulöse Augenentzündung keimt und aufblüht, bedingt aber keineswegs als solches ohne Dazwischenkunft irgend einer Gelegenheitsursache, sei es auch nur ein Zugwind oder eine andere leichte Erkältung, das Auftreten der Skrophulose im Sehorgane. Wo die prädisponirenden Momente ausgesprochen sind, bedarf es nur eines geringfügigen Einflusses, der bei einem gesunden und kräftigen Kinde gewöhnlich spurlos vorübergeht, um die skrophulöse Augenentzündung hervorzurufen.

Jüngken behauptet, dass die Mehrzahl der Kinder, welche vor dem ersten Lebensjahre geimpft werden, unmittelbar hinterher skrophulöse Augenentzündungen bekommen. Die frühzeitige Vaccination habe bestimmt das häufigere Vorkommen skrophulöser Augenentzündungen bei Kindern zur Folge. Meine vieljährige Erfahrung, die ich als öffentlicher Impfarzt gemacht, stimmt mit dieser Behauptung nicht überein. Die grösste Mehrzahl der Kinder, die ich impfe, hat das erste Lebensjahr noch nicht überschritten, und viele sind erst drei bis sechs Monate alt. Wenn anders die Kinder gesund und kräftig sind, überwinden sie leicht die Elimination des eingeimpften Giftes. Das Wohlsein und der Kräftezustand scheint viel erheblicher als das Alter zu sein, um das Pockengift zu verarbeiten und wieder aus dem Organismus auszuscheiden. Selbst bei jungen Kindern sah ich die natürlichen Blattern ohne weitere Störungen verlaufen, wiewohl sie so zahlreich über die ganze Körperoberfläche vom Kopfe bis zu den Füssen verbreitet waren, dass Pustel an Pustel gereiht und keine freie Stelle zu finden war.

Die skrophulöse Augenentzündung bietet so charakteristische Erscheinungen dar, dass die Diagnose keinen Schwierigkeiten unterliegt. Schon die grosse Lichtscheu und die abendliche Remission mit der am Morgen wieder erwachenden Exazerbation der Zufälle sind Symptome, die sich in keiner anderen Augenentzündung wiederholen. Die Kinder lieben nur düstere Stuben und liegen den ganzen Tag mit dem Gesichte tief in den Kissen. Bei einem 11jährigen Mädchen, welches in einem hohen Grade an Skrophulose leidet, sah ich in Folge des fortwährenden Senkens des Kopfes, um sich gegen das Licht zu schützen, eine leichte Verkrümmung der Wirbelsäule an dem Halstheile eintreten. Die Physiologen mögen näher untersuchen, ob die Lichtscheu von ei-

zur krankhaften Reizbarkeit oder Empfindlichkeit der Retina ausgehe, oder aber von dem Ergriffensein der Conjunctiva und der Hornhaut, die unter dem Einflusse des ophthalmischen Zweiges des N. trigeminus stehen, herrühre. In praktischer Beziehung ist es von Wichtigkeit, zu wissen, dass die Lichtscheu im Allgemeinen mit der Entzündung steigt und fällt. In der Regel hebt sie erst mit dem Eintritte der Augenentzündung an, selten geht sie ihr schon vorher, und bisweilen dauert sie selbst nach dem Verschwinden der Entzündung noch fort. Hier liegt eine krankhafte Reizbarkeit zu Grunde. Das häufige Niesen und Thränenträufeln, das krankhafte Schliessen der Augenlider und das Senken des Kopfes stehen mit der Lichtscheu in naher Verbindung.

Ein anderer, besonders in prognostischer Beziehung wichtiger Zug der skrophulösen Augenentzündung ist der diphtheritische Charakter. Die aus einer trüben, undurchsichtigen Flüssigkeit gefüllten Bläschen erscheinen bald einzeln, bald gruppenweise am Rande oder auf der Mitte der Hornhaut, und lassen nach ihrem Platzen ein rundes, trichterförmiges, tief eindringendes Geschwür zurück. Die Phlyktänen und Geschwüre stören das Sehvermögen je nach ihrem Sitze und ihrer Ausbreitung mehr oder weniger; Penetriren die Geschwüre vollends die Hornhaut, so veranlassen sie oft Ceratocele, Vorfall der Iris, partielle Verwachsung dieser Membran mit der Cornea, und bedingen dann bedeutende Störungen des Sehvermögens.

Soll das Heilverfahren von Erfolg sein, so muss die skrophulöse Diathese, wenn sie sich nicht völlig beseitigen lässt, doch wenigstens vermindert werden. Ohne die Realisirung dieser Anzeige kann die skrophulöse Augenentzündung nicht gehoben werden. Dieses schliesst aber keineswegs die gleichzeitige Anwendung von örtlichen Mitteln aus.

Um auf den Darm zu wirken, gebe ich gleich anfangs ein Abführmittel aus Kalomel mit Jalapa. Bei älteren Kindern sah ich darauf zuweilen eine starke Salivation mit einem fürchterlichen Gestanke aus dem Munde, der lange fortwährte, eintreten. Behufs der Tilgung der skrophulösen Dyskrasie leistete das Ol. jecor. Aselli gute Dienste. Je nach dem verschiedenen Alter nehmen die Kinder Morgens und Abends einen Theelöffel, einen halben oder ganzen Esslöffel voll Leberthran, und beobachten nebenbei eine passende Diät und ein angemessenes Regimen. Der häufige Genuss der freien Luft unterstützt wesentlich das Gelingen

der Kur. Die Kinder müssen ihren düsteren Schlupfwinkeln entzogen werden, und sich den ganzen Tag, wofern es nur immer die Witterung erlaubt, in der freien Luft aufhalten. Ein einfacher Augenschirm oder ein leinenes Läppchen genügt, um das Auge gegen das zu grelle Licht zu schützen. Ich möchte wohl behaupten, dass sich der Leberthran oft viel hülfreicher erwies, als das Kal. hydrejod. und der Aethiops antim. mit Magnes. nat., Res. guajac. ust. und einer kleinen Gabe von Rheum.

Die topische Blutentleerung brachte höchstens nur bei heftiger Entzündung Linderung, in allen übrigen Fällen schadete sie mehr als sie nützte. Erspriesslicher wirkte eine Ableitung nach der Haut, besonders das Einreiben der Pockensalbe in den Nacken. Bei einem schon herangewachsenen Mädchen erschienen selbst nach einer mehrtägigen Anwendung dieser Salbe keine Pusteln, die auch später bei fortgesetztem Gebrauche nur äusserst sparsam auftraten. In anderen Fällen entstanden tiefe, sehr schmerzhafte Geschwüre. Kalte Fomente von einer Boraxauflösung wirkten bald vortrefflich, bald leisteten sie wenig, bald wurden sie gar nicht vertragen. Eine schwache Auflösung von Lap. div. mit Muc. gm. mimos. und einigen Tropfen Opiumtinktur als Foment gebraucht, zeigte sich dann wohlthätiger.

Gegen die Lichtscheu empfiehlt John B. France den äusseren Gebrauch der Jodtinktur, mit welcher die Haut der Augenlider und der Augenbrauengegend bis an die Schläfegegend überstrichen wird. Die Wirkung dieses Mittels war bisweilen wirklich überraschend, indem oft schon nach der zweiten Applikation die Lichtscheu schwand. Jedenfalls verdient die Jodtinktur den Vorzug vor den vielgepriesenen, aber wenig nützenden narkotischen Mitteln.

Hypopion.

1. Selten kam das Hypopion zu meiner Beobachtung. Vor mehreren Jahren sah ich dieses Augenleiden, welches aus einem Abzesse der Iris entstanden war, bei einem 5jährigen Knaben mit dem irritablen, skrophulösen Habitus. Auf dem Boden der vorderen Augenkammer war ein eiteriges Sekret abgelagert, welches nach oben durch eine gerade Linie begränzt wurde. Das Sekret selbst war undurchsichtig, hatte eine weissgelbliche Farbe, und änderte bei jeder Bewegung des Kopfes sein Niveau. Die Hornhaut war klar und durchsichtig, wenn man sie von der Seite her betrachtete. Diese Erscheinungen liessen keine Verwechselung mit

deutlich zu. Der Onyx wird nach oben durch eine bogenförmige Linie begränzt, die Eiteransammlung befindet sich hier zwischen den Lamellen der Hornhaut und wechselt bei Bewegungen des Kopfes ihren Standpunkt nicht.

Wir gaben gelinde Abführmittel aus Kalomel und Jalape, und liessen Merkurialsalbe in Stirn und Schläfe einreiben, und über das Auge lauwarme Fomente von einer Auflösung des Lapi div. mit Muc. gmm. mim. und einigen Tropfen Opiumtinktur legen. Diese Mittel beseitigten in kurzer Zeit das Hypopion, ohne dass eine Störung des Sehvermögens zurückblieb.

Traumatische Augenleiden.

Ein Knabe, der mit einer Pistole geschossen, erlitt eine bedeutende Entzündung der Augen und des Gesichtes, welches von Pulver ganz geschwärzt war, wurde aber glücklich völlig wiederhergestellt. Dagegen verlor ein anderer Knabe das eine Auge, welches der Pfropf getroffen hatte.

Amblyopia traumatica.

Ein junger Mann bekam auf der Jagd einen Streifschuss längs des linken Auges und des linken Oberschenkels. Letzterer schmerzte im Vorbeigehen des Schusses, der nicht einmal die Beinkleider, geschweige den Oberschenkel verletzte, so sehr, dass in diesem Augenblicke an das lädirte Auge nicht gedacht wurde. Das obere Augenlid zeigte gegen den äusseren Augenwinkel eine oberflächliche Verletzung, war leicht ödematös geschwollen und enthielt ein Hagelkorn, welches auf suppurativem Wege ausgeschieden wurde, weil Pat. die Exzision ablehnte. Es trat gleich auf die Verletzung Amblyopie ein. Die Pupille war etwas erweitert und verzogen, Schmerz aber nur dann vorhanden, wenn die Augen nach unten gerichtet wurden. In der Nähe konnte Pat., wenn er das gesunde Auge zuhielt, die Gegenstände noch ziemlich deutlich sehen, nicht aber in der Ferne. Sah er mit beiden Augen, so schienen ihm die Objekte in Nebel gehüllt. Beim Gehen bemerkte er eine gewisse Unsicherheit.

So war der Zustand, als am 9. Tage nach dem Streifschusse Hülfe nachgesucht wurde. Kalte Fomente bewirkten, dass schon am folgenden Tage die Pupille mehr reagirte und sich bei einfallenden Lichtstrahlen stärker zusammenzog. Pat. glaubte auch, selbst entferntere Gegenstände mit dem leidenden Auge deutlicher sehen zu können. In Stirn und Schläfe wurde Mixt. oleos. bals., Liq. ammon. caust. ana ℥jß, Ol. menth. ppt. ℈j eingerieben, und der sich entwickelnde Dunst zu dem Auge geleitet. Bald konnte Pat. selbst feinere Gegenstände deutlich wieder sehen. Die Pupille war aber noch immer erweiterter auf dem kranken Auge als auf

dem gesunden, und blieb auch noch über drei Monate dilatirt. Das Sehvermögen ist völlig wiederhergestellt.

Ein 20jähriger Jüngling wurde von einem Pistolenschusse in's Gesicht getroffen, er stürzte gleich auf den Boden und erbrach zu wiederholten Malen bittere Massen. Das Gesicht war schwärzlich gefärbt mit Pulver, stark geschwollen, prall anzufühlen und erysipelatös entzündet. Die oberen und unteren Lider beider Augen waren so bedeutend geschwollen, dass die Augen kaum geöffnet werden konnten. Pat. klagte über grosse Spannung und Hitze im Gesichte und in der Stirngegend, so wie über heftigen Kopfschmerz. Der Schuss hatte besonders den inneren Augenwinkel des linken Auges und das obere Lid an dieser Seite getroffen. Die Pulverkörner wurden möglichst sorgfältig wieder ausgegraben, und ein dem Zustande entsprechendes antiphlogistisches Heilverfahren eingeleitet.

Am zweiten Tage konnte Pat. mit dem linken Auge wieder sehen. Auf dem rechten Auge war das Sehvermögen ungestört, die Pupille aber erweitert. Auf dem linken, als dem leidenden Auge, war die Pupille auch ungleich dilatirt. Das untere Segment der Iris bestand noch, das obere dagegen war gegen die Nase und nach oben gegen den Orbitalrand hin gänzlich verschwunden, während man nach aussen hin nur noch einen schmalen Streifen von der Iris sah, der von der Mitte der Pupille, wenn man sich dieselbe durch eine Diagonale in zwei gleiche Theile getrennt denkt, nach oben immer schmäler wurde, bis er endlich sich völlig verlor. Pat. konnte mit dem linken Auge die Gegenstände nur in der Nähe sehen, sie schienen ihm aber in einen Nebel gehüllt. Die Pupille selbst hatte ein trübes Aussehen. Am oberen Augenlide, gegen den inneren Augenwinkel, war die Haut exkoriirt und mit einer breiten Kruste bedeckt, unter welcher sich Eiter befand.

Nach ungefähr sechs Monaten sah man im Hintergrunde des linken Auges einen weissgrauen Nebel, welcher fast die ganze Pupille ausfüllte und gegen den äusseren Augenwinkel hin nahe an der Pupille lag, gegen den inneren und oberen Winkel aber von derselben weiter entfernt war. Hielt man in der Gegend des äusseren Augenwinkels, also seitwärts und neben dem Auge einen Gegenstand hin, so konnte Pat. das Objekt gleich sehen, wiewohl nur dunkel. In keiner anderen Richtung aber war er im Stande, mit dem linken Auge zu sehen.

Amblyopia verminosa.

Ein zwei Jahre und einige Monate altes Mädchen, schwächlicher Konstitution, wurde plötzlich von heftigen Konvulsionen befallen, die drei Tage und zwei Nächte mit kleinen Unterbrechungen andauerten. Als sie endlich schwanden, trat Amblyopie oder vielmehr Amaurose ein. Beide Pupillen waren etwas erwei-

war; aber nicht verzogen. Die Augen rollten in ihrer Höhle hin und her, und der Kopf war in beständiger Rotation. Das Kind drehte den Kopf und die Augen schnell von der einen Seite zu der anderen, als wenn es einen verlorenen Gegenstand mit grosser Sorgfalt und Eilfertigkeit suchen wollte. Es sah aber in der That gar nicht. Man konnte mit dem Finger auf die Augen losfahren, ohne dass sie sich schlossen. Berührte man indessen nur die Spitze der Cilien, so bewegte das Kind gleich die Hand nach dem Auge, als wollte es den angebrachten Reiz entfernen.

Die Konvulsionen und die Amaurose schienen mir gleich anfangs durch Helminthen bedingt zu sein. Diese Ansicht bestätigte das eingeleitete Heilverfahren. Bei der Anwendung von Kalomel mit Flor. zinc. und Baldrian gingen einige Spulwürmer mit dem Stuhle ab, und das Kind wurde völlig wiederhergestellt.

Amblyopia rheumatica.

An die vorhergehenden Fälle von Amblyopie wollen wir einen anderen Fall von Amblyopie aus rheumatischer Ursache anreihen. Wenn auch dieser Fall nicht gerade Kinder betrifft, so scheint er doch der Mittheilung werth zu sein.

Ein etwa 50jähriger Mann von mässig kräftiger Konstitution, welcher früher bereits zweimal an katarrhalischen Augenentzündungen gelitten hatte und häufig von Kreuzschmerzen und Nasenbluten befallen wurde, bemerkte beim Aufwachen zu seinem grössten Schrecken, dass er mit dem linken Auge, an welchem er noch am vorigem Tage nichts Krankhaftes hatte, fast gar nicht sehen könne. Eine nähere Untersuchung ergab Folgendes: Die äussere Umgebung beider Augen, die eine dunkelbraune Farbe haben, zeigte keine Abnormitäten. Beide Pupillen waren weder erweitert, noch zusammengezogen. Hielt man aber das gesunde Auge zu, so erweiterte sich sogleich die linke Pupille und bildete beinahe ein von innen und oben nach aussen und unten liegendes Oval. Diese Erweiterung und Formveränderung der linken Pupille schwand jedoch augenblicklich, sobald das rechte Auge wieder geöffnet wurde. Beide Pupillen waren sich dann wieder hinsichtlich des Tumors und der Stellung vollkommen gleich.

In der Tiefe des erkrankten Auges sah man einen starken Nebel oder eine rauchartige Masse, welche einen grossen Theil der hinteren Augenkammer ausfüllte und mehr nach dem inneren Augenwinkel hin ihren Sitz hatte. Ueber das Sehvermögen sprach sich Pat. dahin aus, er sehe einen feuerrothen Kranz, dessen Mitte er gar nicht und dessen Peripherie er höchst undeutlich erkenne. Dieser Feuerkranz ging später mit einer bläulichen Farbe eine Mischung ein. Eine vorgehaltene Uhr erkannte Pat. nur an ihren Konturen. Wendete er aber das kranke Auge in den inneren Augenwinkel und mehr nach unten, wenn er mithin nach

innen gleichsam schielte, so glaubte er die Gegenstände etwas genauer erblicken zu können. Uebrigens klagte er weder über eine Empfindung von Druck oder Brennen im linken Auge, noch über irgend ein anderes lästiges Gefühl. Man gewahrte indess am Kopfe eine etwas erhöhte Temperatur, die dem Kranken aber um so weniger auffiel, als er häufig an Kongestionen gegen den Kopf litt.

Die Ursache dieses Augenleidens war begründet in einer Erkältung. Ein starker Regen hatte Pat. auf einer Fussreise, von welcher er eben zurückgekehrt war, bei ausdünstender Haut getroffen und namentlich die linke Gesichtshälfte sehr durchnässt.

Am sechsten Tage nach dem Erkranken des Auges wurde der Feuerkranz kleiner, der Nebel oder Rauch in der hinteren Augenkammer verminderte sich, die Iris zeigte sich beweglicher und die Pupille des linken Auges bildete beim Schliessen des anderen nicht mehr das beschriebene Oval, sondern behielt eine runde Form. Pat. konnte auch seit dieser Zeit wieder deutlicher sehen, namentlich in die Ferne, und die Gegenstände etwas genauer unterscheiden. Ein jetzt eintretender Fieberanfall, der sich einige Male wiederholte und sich durch Frösteln, Hitze und eine allgemeine kopiöse Hautausdünstung und Anschwellung der Drüsen im Nacken charakterisirte, übte einen wohlthätigen Einfluss auf das Augenübel aus. Schon am folgenden Tage erkannte Pat., wenn er gleich die Mitte und die Ziffern einer vorgehaltenen Uhr noch nicht sehen konnte, doch die Peripherie ganz deutlich. Drehte er den Augapfel in den inneren Augenwinkel, so sah er nicht allein schon zwei Dritttheile der Uhr, sondern erkannte er auch ziemlich genau die schwarze Farbe der Ziffern. Richtete er aber den Augapfel nach aussen hin, so sah er ganz deutlich die ganze Uhr und die auf derselben befindlichen Zahlen.

Mit dieser geringen Verbesserung des Sehvermögens zufrieden, entzog sich Pat. der weiteren ärztlichen Behandlung, die in Beförderung der Diaphorese, nach vorausgeschickter allgemeiner Blutentziehung, in Ableitungen und später in dem äusseren Gebrauche der Mixtura oleos. bals. bestanden hatte. Nach Verlauf von vier Monaten erzählte mir Pat., der Umfang des rothbläulichen Kranzes habe, ohne dass erst später das Mindeste weiter in Anwendung gekommen, allmählig abgenommen und sei endlich gänzlich verschwunden, und seit dieser Zeit könne er mit beiden Augen, die bei näherer Untersuchung keine Abnormität zeigten, wieder gleich gut sehen.

IX. Kopf- und Zungenwunden.

1) Kopfwunden.

Kopfwunden habe ich bei jüngeren und älteren Kindern oft behandelt. Ein munterer Knabe wurde in seinem dritten Lebens-

jahre von seinem älteren Bruder von dem Flursteine auf das Strassenpflaster gestossen. Auf der Mitte der Stirne verlief eine etwa $1^1/_2$ Zoll lange Wunde in senkrechter Richtung von oben nach unten bis auf die Nasenwurzel. Die Wunde klaffte stark und drang bis auf das Periost. Das Gesicht schwoll sehr an, namentlich waren die Augenlider sehr geschwollen, so dass in mehreren Tagen die Augen nicht geöffnet werden konnten. Die blutige Vereinigung der Wundränder konnte die Eiterung nicht ganz verhüten. Indess ist keine entstellende Narbe zurückgeblieben. — Mein dritter Sohn Gustav fiel in seinem achten Lebensjahre von einer hohen Treppe, und blutete ganz entsetzlich. Auf der linken Seite sah man eine zwei Zoll lange Wunde, die von der Unterlippe anfing und sich in schiefer Richtung über das Kinn bis auf den oberen Theil des Halses erstreckte. Die Wunde klaffte stark; drang auf dem Kinne bis auf den Knochen und hatte unter dem Kieferrande die Submaxillardrüse entblösst. Hr. Dr. Nägele war bereits mit dem Anlegen der blutigen Naht mittelst Insektennadeln beschäftigt, als ich hinzukam. Die Unterlippe war von innen zerrissen, und ging in Exulzeration über. Ein Pinselsaft aus Borax und Rosenhonig leistete hier gute Dienste, der stinkende Geruch aus dem Munde verlor sich, die Wunde bekam ein frischeres Aussehen und heilte bald. Die grosse äussere Wunde heilte nicht an allen Stellen per primam reunionem, und hat eine bedeutende Narbe zurückgelassen. Die befürchtete Speichelfistel ist nicht eingetreten, aber der Mund auf der linken Seite schief geblieben.

Haben auch im Allgemeinen die Kopfwunden, welche das Weichgebilde betreffen, kein grosses Interesse, so sollen doch folgende Fälle der Mittheilung nicht entzogen werden.

Erster Fall. Ein 7jähriger Knabe stürzte von einer nicht hohen Treppe mit dem Kopfe auf das Steinpflaster der Küche. Von der Nasenwurzel aufwärts verlief über das Stirn- und Seitenwandbein eine etwa fünf Zoll lange Wunde, und eine andere verlief abwärts bis nach dem Ohre der linken Seite. Die Kopfschwarte war im ganzen Umfange der Wunde abgelöst, und konnte leicht zurückgeschlagen werden. Nach der Vereinigung mit Heftpflaster wurden die Wunden kalt fomentirt. Abends war das linke obere Augenlid so stark geschwollen, dass sich das Auge nicht mehr öffnen liess. Am folgenden Tage war auch das rechte obere Augenlid und das ganze Gesicht ödematös, der Knabe hatte durch die Anschwellung eine eigenthümliche, dumme Physiognomie erhalten. Auch hinter dem linken Ohre waren die Theile

bedeutend geschwollen. Die Kopfknochen selbst hatten aber keine Beschädigung erlitten. Aus beiden Augen floss eine eiterartige Flüssigkeit. Es trat ein heftiges Wundfieber ein, ohne dass jedoch der Knabe über vehementen Schmerz klagte. Merkwürdiger Weise kehrte das Oedem, welches sich in den nächsten Tagen fast ganz verloren hatte, am siebenten Tage wieder zurück. Am 11. Tage nach der traumatischen Insultation war noch die ganze linke Kopfseite angeschwollen, besonders die Stirngegend, die sich prall, elastisch anfühlte und sehr schmerzte. Zwei Tage später ging diese Geschwulst in Eiterung über, während die Kopfwunden bereits geheilt waren.

Zweiter Fall. Ein 12jähriger Knabe gerieth beim Scheuwerden der Pferde unter das Rad eines mit Rasen beladenen Wagens. Er fiel auf das Gesicht, und das Rad ging über seinen Kopf. Auf dem Hinterhauptsbeine fand sich eine grosse Lappenwunde, von welcher der eine Schenkel etwa $2^{1}/_{2}$ Zoll lang war und fast gerade von oben nach unten verlief, während der andere etwa 2 Zoll lange Schenkel sich mit dem ersteren unter einem Winkel vereinigte. Die Wunde blutete stark und drang bis auf das Periost, die Kopfschwarte war im ganzen Umfange losgelöst und liess sich ohne Mühe umschlagen. Auf der Stirne war eine leichte Hautwunde, die Augenlider gequetscht und dunkelbläulich, die Augen konnten wegen Anschwellung der Augenlider nicht geöffnet werden. Auch das rechte Schulterblatt zeigte eine Quetschung. Der Knabe war anfangs betäubt, klagte später über heftigen Kopfschmerz, hatte einen schwankenden Gang, erbrach sich aber nicht, der Puls war langsam und unterdrückt. Nach Wegnahme der Kopfhaare wurden die weit klaffenden Wundränder mit Heftpflaster vereinigt, kalte Fomente aufgelegt und innerlich ein Dec. rad. alth. mit Kal. nitr. dep. und Magnes. sulph. mit Syr. rub. id. gegeben. Die Kopfwunde heilte durch schnelle Vereinigung.

In diesen beiden Fällen waren die Zufälle der Hirnerschütterung weder sehr bedeutend, noch dauerten sie lange an. In anderen Fällen dagegen verhielt es sich anders. Ein 19jähriger Jüngling, der in körperlicher Entwickelung weit hinter seinem Alter zurückgeblieben war, kam unter scheu gewordene Pferde. Auf dem Hinterhaupte war eine grössere und kleinere Wunde, von welchen erstere bis auf das Periost drang. Der rechte Oberarm und das betreffende Ellenbogengelenk waren bedeutend gequetscht und schwollen enorm an. Pat. schlummerte viel, hatte mitunter Frösteln und klagte über heftige Schmerzen im ganzen Kopfe, der Puls war äusserst langsam und die Respiration leise, von tiefen Seufzern unterbrochen, der Stuhl gestaltete sich sehr träge, die Gegenstände wurden alle doppelt gesehen. Auf eine

passende Antiphlogistik, jedoch ohne Blutentziehung, verloren sich diese Zufälle wieder, die Kopfwunden heilten und die heftige Entzündung des Oberarmes und des Ellenbogengelenkes zertheilte sich völlig.

b) Zungenwunden.

Die Zungenwunden, welche in den Handbüchern der Chirurgie nur kurz abgehandelt werden, kommen bei Kindern im Allgemeinen nicht oft vor. Im Ganzen sind mir nur vier Fälle bekannt, von denen ich hier zwei mittheile.

Ein 3jähriges Mädchen fiel von einem Stuhle, und bekam auf dem ersteren Dritttheile der Zunge, ungefähr in der Mitte, eine grosse Vförmige Wunde. Die Wundränder klafften stark, die Wunde selbst drang tief ein, so dass nicht viel fehlte und die Zunge wäre an der verletzten Stelle ganz getrennt worden. Die Blutung hörte bald auf. Eine blutige Vereinigung, die bei einer so grossen und tief eindringenden Wunde angezeigt war, konnte wegen der Unruhe und des Schreiens des Kindes durchaus nicht bewerkstelligt werden. Es blieb daher nichts Anderes übrig, als die Heilung der Natur zu überlassen. Um jedoch die Natur in ihren Bemühungen zu unterstützen, erhielt das Kind Syr. diacod., welcher jedoch keinen langen Schlaf bewirkte. Das Sprechen wurde gänzlich untersagt, aber leider nicht unterlassen, und nur von Zeit zu Zeit wurde etwas Haferschleim gereicht, während die festen Speisen völlig vermieden wurden. Zugleich wurde die Zunge mit einem Pinselsafte aus Borax und Rosenhonig wiederholt bestrichen. Auf diese Weise gelang die Heilung ohne alle Beeinträchtigung der Sprache, nur haben sich die Wundränder in ihrem oberen Theile nicht völlig vereinigt, sondern eine feine Spalte zurückgelassen.

Bei einem anderen kleinen Mädchen, welches noch nicht lange das zweite Lebensjahr überschritten hatte, beobachtete ich nach einem Sturze auf das Steinpflaster eine mehr als $^1/_4$ Zoll lange Wunde der Zunge, so dass letztere in zwei Lappen gespalten war. Die Wunde befand sich auf der rechten Seite, nicht weit von dem Seitenrande, und fing von der Spitze an. Durch das oben angegebene Verfahren wurde vollständige Heilung bewirkt. Die Wundränder sind so vollkommen wieder vereinigt, dass man die verletzte Stelle kaum wieder finden kann. Dieses Mädchen ist jetzt 17 Jahre alt.

Oberflächliche Wunden der Zunge, wie wir dieses bei Epileptikern sehen, heilen bei gehöriger Ruhe leicht. In unseren beiden Fällen war bei dem einen Kinde die Zunge in longitudinaler Richtung und zwar in einer nicht unbedeutenden Länge in zwei Lappen gespalten, und bei dem anderen Kinde penetrirte

die Wunde beinahe. Sie hatte ihren Sitz fast auf der Mitte der Zunge, die Spitze der Wunde war nach vorne gerichtet, und die beiden Schenkel liefen nach hinten und aussen. In beiden Fällen war die Naht angezeigt. Bei kleineren Kindern hält es aber schwer und ist oft ganz unmöglich, von diesem operativen Eingriffe Gebrauch zu machen. Die beiden mitgetheilten Beobachtungen lehren, dass auch bei tief in die Substanz der Zunge eindringenden Wunden und selbst bei völliger Spaltung Heilung ohne blutige Naht eintreten kann. Hiermit sei aber keineswegs gesagt, als wollte ich die blutige Vereinigung unter allen Umständen verwerfen. Dieses sei ferne von mir. Es ist nur zu bedauern, dass man bei kleineren und selbst bei schon herangewachsenen Kindern bei dieser Operation auf zu viele Hindernisse stösst. Was die Theorie aussinnt, lässt sich namentlich in der Kinderwelt nicht immer praktisch durchführen.

Glossitis.

Die oberflächliche Entzündung der Zunge, welche sich auf die Schleimhaut beschränkt, kommt häufig vor, dagegen ist die Entzündung des Parenchyms eine seltene Erscheinung. Bald verbreitet sich die Entzündung über die ganze Zunge, bald befällt sie nur einen Theil dieses Organes.

Bei einem etwa 15 Jahre alten, verwachsenen Mädchen, welches an tuberkulöser Lungenphthise litt, entwickelte sich kurz vor dem Tode ohne besondere Veranlassung eine Entzündung der Zunge. Die Entzündung beschränkte sich auf die rechte Hälfte der Zunge. Die Anschwellung war stark, das Sprechen äusserst beschwerlich, die Sprache ganz unverständlich, das Schlingen fast rein unmöglich und mit grosser Beschwerde verbunden. Es trat ein stechender, klopfender Schmerz ein, die harte Anschwellung wurde weicher, die Zunge bekam eine livide Farbe. Unter diesen Erscheinungen ging die Entzündung in Eiterung über, der Abszess öffnete sich sponten in der Nähe der Zungenwurzel.

Bei einem Jünglinge beobachtete ich unlängst eine Verhärtung in der Mitte der Zunge von der Grösse einer dicken Haselnuss. Eine Ursache war nicht zu ermitteln. Beim Gebrauche lauwarmen Mundwasser erweichte sich die verhärtete Stelle und abszedirte, worauf Genesung folgte.

Exulzeration des Zungenbändchens.

Diese Krankheit habe ich bei jüngeren Kindern mehrmals gesehen. Man findet die Exulzeration an dem hinteren Theile des Zungenbändchens. Sie ist umschrieben und hat einen speckigen Grund. Die Eiterabsonderung und der Schmerz ist gewöhnlich nicht bedeutend, nur scheint das Saugen etwas erschwert zu sein. Die Ursache der Krankheit habe ich nicht ausmitteln können. In der Regel gelingt die Heilung schnell.

Ein 11 Monate altes, kräftiges Knäbchen hatte an dem hinteren Theile des Zungenbändchens eine Geschwulst, die sich über die anliegende Sublingualdrüse ausbreitete. Die Geschwulst sonderte ein eiteriges Sekret ab. Das Zungenbändchen war kaum zu sehen. Die Mutter machte die Beobachtung, das Kind habe von Geburt an langsam gesaugt, als wenn stets ein Hinderniss in der freien Bewegung der Zunge vorhanden gewesen sei. Auf den Gebrauch eines Pinselsaftes aus Borax und Rosenhonig war die Geschwulst nach sechs Tagen bedeutend verkleinert, und hatte die Eitersekretion sehr abgenommen. Es erfolgte Heilung.

Bei einem $2^1/_2$jährigen, kräftigen Knaben war das Zungenbändchen aufgewulstet und befand sich da, wo sich das Bändchen hinten mit der Zunge verbindet, eine weissgelbliche, speckige, schwammartige Masse, die sich in kleineren Stückchen ablöste. Die Speichelsekretion war kaum vermehrt, übrigens aber keine andere Anomalie unter der Zunge wahrzunehmen.

Zuweilen trifft man auch am Bändchen der Oberlippe eine Entzündungsgeschwulst an. Dieses sah ich bei einem kleinen Knaben. Die Geschwulst bestand seit mehreren Tagen, und fühlte sich gespannt, prall an. Bei dem Bestreichen mit Mandelöl wurde sie bald weicher und ging in Eiterung über.

Die hier beschriebene Affektion des Zungenbändchens ist gewöhnlich schon weit vorgeschritten, wenn sie zur Anschauung kommt. Die Entzündung beginnt an der hinteren Anheftungsstelle und verbreitet sich leicht über das ganze Zungenbändchen. Meistens ist schon Exulzeration vorhanden, wenn ärztliche Hülfe nachgesucht wird. Man findet dann, wie gesagt, eine weissgelbliche, speckige, schwammartige Masse, und sieht von dem Zungenbändchen entweder keine Spur mehr oder nur eine Aufwulstung beim Aufheben der Zunge. Der Verlust des Zungenbändchens ist

selten, und hat noch seltener Verschlucken zur Folge. Zuweilen beschränkt sich die Exulzeration blos auf die hintere Anheftungsstelle und lässt den übrigen Theil des Zungenbändchens frei.

Diese Krankheit könnte wohl auf den ersten Augenblick mit der Ranula, zumal wenn in Folge der eintretenden Entzündung sich Eiter mit der im Sacke enthaltenen Flüssigkeit vermischt, verwechselt werden. Die Diagnose ist aber nicht schwierig. Die Ranula sitzt unter der Zunge, auf dem Boden der Mundhöhle in der Gegend der Sublingualdrüse, und verbreitet sich von dieser Stelle aus über den übrigen Theil des Mundes. Erreicht sie einen bedeutenden Umfang, so werden Zunge und Zähne aus ihrer normalen Lage gedrängt, und macht sich unter dem Kinne eine Geschwulst bemerkbar. Die beschriebene Affektion hat dagegen ihren Sitz am Zungenbändchen und beschränkt sich auf die untere Fläche der Zunge, während die untere befindliche Mundhöhle frei bleibt. Nie wird sie von einer bedeutenden Geschwulst begleitet. Die Ranula wird durch Verschliessung der Oeffnung des Ductus Whartonianus bedingt, und bildet häufiger eine weiche, fluktuirende, als eine harte, feste Geschwulst. Unlängst sah ich eine bedeutende Ranula. Die Geschwulst nahm die ganze rechte Hälfte der Mundhöhle ein, hatte eine weissliche, in's Graue hinüberspielende Farbe, und entleerte eine dem Eiweiss ähnliche Flüssigkeit, die sich aber jedesmal in dem Sacke wieder ansammelte. Solche Erscheinungen fehlen bei dem angegebenen Leiden des Zungenbändchens.

Auch die Balggeschwulst könnte wohl Anlass zur Verwechselung geben. In der Regel nehmen die Kysten auf der äusseren Oberfläche des Körpers ihren Sitz, nur in seltenen Fällen entwickeln sie sich unter der Zunge in dem interstitiellen Zellgewebe. Sie enthalten manchmal eine käsige oder breiartige Masse oder ergiessen, wenn sie in Entzündung übergehen, in ihre Höhle eine puriforme Flüssigkeit, oder hinterlassen eine geschwürige Stelle, die einen übelriechenden Eiter absondert und bisweilen fungöse Auswüchse zeigt. Solche Erscheinungen können freilich bei einer oberflächlichen Untersuchung täuschen. Indess geben die Anamnese, die Entstehungsweise, der Verlauf und der Sitz der Krankheit, so wie die übrigen Charaktere, näheren Aufschluss. Die Balggeschwulst ist anfangs klein und erreicht nur langsam ein grösseres Volumen, die Form ist gewöhnlich rund, der Um-

fatig genau abgegränzt, die Haut unverändert, die Geschwulst in ihrer Grundfläche beweglich, der Inhalt entweder elastisch, fluktuirend, oder teigig, fest.

Anmerkung. Bei einem 7jährigen Mädchen sass eine grosse Balggeschwulst vorn im behaarten Theile der Stirne, bei einem anderen befanden sich zwei Kysten auf dem Seitenwandbeinen, bei einem jungen Manne hatte sich die Balggeschwulst unmittelbar auf der Schläfenarterie und bei einem anderen auf der Aussenfläche des Handgelenkes abgelagert. In allen diesen Fällen wurde das Aftergewächs mittelst der Exstirpation entfernt, ohne dass die Operation ein Recidiv oder andere Uebel zur Folge hatte. Grosse Behutsamkeit erforderte die Exstirpation in jenem Falle, wo die Balggeschwulst auf der Schläfenarterie ihren Sitz hatte. Die Verletzung dieser Ader wurde glücklich vermieden. Leichter war die Wegnahme einer gestielten Balggeschwulst. Ein junges Mädchen hatte eine solche Geschwulst, welche die Grösse eines Hühnereies erreichte, auf dem Sitzbeine, die hier wie ein Apfel an seinem Stiele hing. Ungeachtet der Beschwerde beim Sitzen, welches nur auf der entgegengesetzten Seite möglich war, hatte sie mehr aus Furcht vor einem operativen Eingriffe, als aus Scham, das Afterorgan mehrere Jahre stillschweigend getragen. In diesem Falle hatte die Balggeschwulst eine feste Konsistenz, während sie in den anderen Fällen eine dem Eiweiss ähnliche Masse enthielt.

Bildungsfehler der Zunge und des Gaumensegels.

Wohl niemals fehlt die Zunge ganz, sollte sie sich auch nur als ein mehr oder weniger dicker Fleischwulst manifestiren. Selten ist sie auch mit dem Gaumen oder der unteren Fläche der Mundhöhle verwachsen. Eine ausgebildete Hypertrophie ist eben so eine seltene Erscheinung, dagegen kommt ein leichter Grad von Hypertrophie der Zunge nicht ganz selten vor.

Viel häufiger wird der Arzt wegen abnormer Kürze des Zungenbändchens in Anspruch genommen. Die Incision ist angezeigt, wenn das Saugen und Schlingen erschwert ist, oder wenn im späteren Alter die Sprache beeinträchtigt wird. Die Verletzung der Art. raninae und anderer Blutgefässe lässt sich bei einiger Vorsicht leicht vermeiden.

Ein neugeborenes Kind litt an einem Bildungsfehler im weichen Gaumen, der um so grösseres Interesse erregte, da er sich

schon bei einem anderen Kinde derselben Familie vorfand. Der Mutter war es gleich nach der Entbindung bei dem ersten Kinde auffallend, dass es zwar die Brustwarze begierig nahm, aber doch nicht recht saugen wollte, und beim Schlingen einen eigenthümlichen Ton wahrnehmen liess. Bei näherer Untersuchung fand ich die Zunge normal und das Zungenbändchen weder zu kurz noch zu lang. Auch die Zunge, die Lippen und der harte Gaumen, so wie die ganze Mundhöhle, zeigten keine Abnormität. Drückte man aber die Zunge tief nieder, so sah man den weichen Gaumen ganz geschlossen bis auf eine ovale, senkrecht stehende Oeffnung in der Mitte des Gaumensegels. Von der Uvula bemerkte man indessen keine Spur. So verhielt es sich auch bei dem anderen Kinde. Die Kinder gediehen bei der künstlichen Auffütterung anfangs schlecht, entwickelten sich aber vortheilhafter im späteren Laufe der Zeit. Die Sprache aber war undeutlich, und anfangs nur der nächsten Umgebung verständlich. Die einzelnen Buchstaben wurden zwar ziemlich deutlich ausgesprochen, nicht aber so die einzelnen Sylben und Wörter. Die meiste Beschwerde machten die Gaumenbuchstaben.

Der Vater hat ein normales Sprachorgan, die Mutter dagegen spricht nicht deutlich und in einem mehr abgebrochenen Tone. Die vier ersten Kinder dieser Familie sind frei von allen Bildungsfehlern im Sprachorgane, doch hat eines derselben auch eine abgebrochene Sprache, das fünfte leidet an jenem oben beschriebenen Fehler, das sechste ist frei davon, und das siebente hat wieder den erwähnten Bildungsfehler, während das achte nicht mit demselben behaftet ist.

Hasenscharte und Wolfsrachen.

Die Hasenscharte kommt am häufigsten an der Oberlippe vor, und ist entweder einfach oder doppelt, und mitunter mit einer Spaltung des Oberkiefers und des Gaumensegels verbunden. Bald ist die Lippe völlig gespalten, bald nur theilweise. Alle solche Fälle kamen zu meiner Beobachtung. Bei einem 2jährigen Knaben, der an Bronchitis litt, sah ich zufällig eine unvollkommene Hasenscharte, d. h. die äussere Fläche der Oberlippe war ganz normal, während an der inneren Fläche von unten nach oben ein ziemlich tiefer Spalt verlief.

Einige glauben, dass die Hasenscharte die Folge einer uterinalen Krankheit der Lippen sei, welche die Spaltung bewirke.

Diese Ansicht wird namentlich von Velpeau und Cruveilhier vertreten. Wichtiger ist es wohl, wenn man annimmt, dass jene Urkraft, welche die Bildung der Gewebe und die Nebeneinanderreihung der einzelnen Partieen zu einem abgeschlossenen Ganzen vermittelt, in ihrer Entwickelung gehemmt wird. Worin der Grund hievon liegt, lässt sich nicht enträthseln.

Ueber den Zeitpunkt, wann die Operation vorzunehmen sei, sind die Ansichten getheilt. Französische Aerzte wollen unter allen Umständen, die Hasenscharte mag einfach oder doppelt, komplizirt oder nicht komplizirt sein, schon in den ersten 24 Stunden nach der Geburt operiren. Auch Mursinna entscheidet sich für das früheste Alter. Andere warten bis zum Ende des ersten Jahres, oder nehmen die Operation erst zwischen dem siebenten und achten Jahre vor. Wenn die Kinder gut saugen und schlucken können, mithin in der Ernährung nicht beeinträchtigt werden, so ist die angeborene abnorme Lippenspaltung kein Grund zur sofortigen Vereinigung. In den ersten Lebenstagen, und selbst in den ersten Wochen nach der Geburt ist die Operation der Hasenscharte ein viel zu eingreifender Akt, der, wenn er auch in einzelnen Fällen glücklich ablief, doch in anderen den Tod zur Folge hatte. Die beste Zeit scheint zwischen dem dritten und sechsten Monate des Kindes zu sein, also vor dem Eintritte der Dentition. Es wird vorausgesetzt, dass keine dringende Anzeige besteht, wie gehindertes Saugen und Schlucken, welches besonders bei gleichzeitiger Spaltung des Gaumens der Fall ist.

Auf ausdrückliches Verlangen machte ich die Operation bei einem erst 3 Monate und 10 Tage alten Kinde, das aber übrigens recht gesund war. Die Oberlippe war auf der rechten Seite bis an den Eingang in die Nase gespalten. Das Kind wurde mehrere Stunden vor der Operation wach gehalten. Nachdem die Schartenränder mit der Scheere abgetragen, legte ich drei Nadeln ein, mit der umschlungenen Naht, und darüber Heftpflasterstreifen. Am fünften Tage wurden die zwei oberen und am folgenden Tage die untere Nadel entfernt. Die Operation war vollkommen gelungen.

Extraktion von fremden Körpern.

Die Wunden, welche zu meiner Behandlung kamen, waren selten mit fremden Körpern komplizirt. Nur bei einem Mädchen,

dem eine Flasche gegen den Kopf geworfen wurde, hatte ich grosse Mühe, die kleinen Glasscherben alle in der Wunde wiederzufinden.

Zu wiederholten Malen habe ich Vitsbohnen, welche die Kinder spielend in die Nase gesteckt hatten, wieder ausgezogen. Ungeachtet der Aufquellung gelang die Extraktion meistens schnell.

Schwieriger war die Herausförderung einer Wurzel von Plantago, welche wegen Zahnschmerzen in den äusseren Gehörgang gelegt war. Sie war so tief eingedrungen, dass man sie nicht mehr sehen konnte. Nicht selten wurde es nothwendig, Metallfunken, Sandkörner oder Stacheln von Kornähren aus den Augen zu entfernen. Ein junges Mädchen hatte sich ein dünnes Eisen, das vorn hakenförmig umgebogen war, in den Mund gesteckt. Der Zufall wollte, dass das Eisen nach hinten in die Rachenhöhle schlüpfte und sich hinter die Zungenwurzel mit der hakenförmigen Krümmung festsetzte. Würgen und Erstickungsnoth traten gleich ein. Die Extraktion war leicht. Ueble Zufälle folgten nicht nach. Ein 2jähriges Mädchen spielte mit Spähnen und Holzstücken, die sie in ihren Armen trug. In der Stube auf- und ablaufend fiel sie endlich zu Boden, und ein fein zugespitztes Holzstück drang auf der rechten Seite des Kehlkopfes etwa einen halben Zoll tief von unten nach oben in das Weichgebilde des Halses. Das Ausziehen kostete keine grosse Mühe. Die Wunde blutete wenig und heilte bald wieder. Ein junges Kindermädchen klagte über einen stechenden Schmerz auf der linken Seite im Halse, der beim Essen eines Butterbrodes eingetreten war. Die nähere Untersuchung ergab, dass ein feiner Holzsplitter in der linken Mandel steckte. Er wurde mit der Pinzette ausgezogen.

Dass verschluckte Nadeln oft an den entlegensten Körperstellen wieder zum Vorschein kommen, ist eine bekannte Sache. Indess ist dieses Ereigniss doch keine alltägliche Erscheinung, die ich bis jetzt nur zweimal beobachtet habe. Der eine Fall betraf ein Kind, welches auf dem Oberarme eine kleine, in Eiterung übergehende Geschwulst hatte. Ich zog aus derselben eine Nähnadel aus. Der andere Fall kam bei einer Frau vor. Seit drei Wochen spürte dieselbe auf der linken Seite am Bauche, etwa drei Finger breit unter dem Magen, ein Stechen, das bald da war, bald wieder nicht. Gewisse Stellungen und Bewegungen

schienen auf das Eintreten des stechenden Schmerzes Einfluss zu haben. Pat. verglich den Schmerz mit dem Stechen einer Nadel, und behauptet fest, von aussen her könne und sei keine Nadel eingedrungen; ob sie aber mit den Speisen eine Nadel verschluckt habe, wisse sie nicht, wenigstens habe sie davon keine Beschwerden gefühlt. An der Stelle des Schmerzes war nichts Auffallendes zu sehen, die Haut glich hier ganz der übrigen Bedeckung, auch war keine äusserlich sichtbare Geschwulst vorhanden, nur machten sich drei kleine Pünktchen bemerkbar. Fasste man die Bauchdecke an der affizirten Stelle zwischen zwei Finger und hob sie nach aussen hervor, so fühlte man eine kleine Geschwulst und sah ein kleines Knötchen von blassgelblicher Farbe hervortreten. Nachdem ich dieses Knötchen eingeschnitten, nahm ich die Pinzette, da ich im Grunde der kleinen Wunde etwas Festes fühlte, und zog eine Stecknadel ohne Kopf heraus. Die beiden Enden der Nadel waren inkrustirt und angelaufen, während der übrige Theil ein blankes Aussehen hatte.

Bevor wir dieses Kapitel schliessen, wollen wir noch einen interessanten Fall von Kopfverletzung, der mit einem fremden Körper komplizirt war, mittheilen.

Ein 27jähriger robuster junger Mann erlitt beim Schützenfeste in Folge des Zerspringens seines Gewehres eine schwere Verletzung des Kopfes, welche ihn gleich besinnungslos zu Boden warf und ihm mehrere Tage das Bewusstsein völlig raubte. Nach mühsam gestillter Blutung, welche selbst noch in der Behausung des Pat., wohin er gleich gebracht wurde, lange anhielt, fand man nach Aussage zweier glaubwürdiger und erfahrener Wundärzte, die den ersten Verband anlegten und auch die fernere Behandlung leiteten, nicht allein das ganze Gesicht und die Augen mit Pulver geschwärzt, sondern auch das Stirnbein auf der rechten Seite in einer grossen Strecke frakturirt und die Hirnhäute völlig zerrissen, so dass mehrere kleine Knochenstücke und einzelne abgetrennte Theile der rechten vorderen Hemisphäre des Gehirnes selbst entfernt werden konnten. Obgleich man die genaueste Untersuchung der Wunde, welche nach vorgenommener Dilatation leicht nach allen Richtungen hin geschehen konnte, anstellte, so liess sich doch nicht die Gegenwart eines von aussen her eingedrungenen fremden Körpers ausfindig machen. Es wurde ein zweckmässiger Verband angelegt und ein strenges antiphlogistisches Verfahren eingeleitet, welches zur Folge hatte, dass Pat. nach vier Monaten geheilt entlassen wurde.

Es war am 28. Mai 1837, mithin drei volle Jahre nach geschehener Verletzung, als mich Pat. ersuchte, seine früher erlittene Kopfwunde, die ungeachtet eines langen Gebrauches ver-

schiedenartiger Mittel an einer kleinen Stelle gar nicht heilen wollte, genau zu untersuchen. Im Gesichte sah man noch an vielen Stellen von Pulver blaugeschwärzte Flecke, das rechte obere Augenlid war mit einer von unten nach oben gegen den Supraorbitalrand laufenden Narbe gezeichnet, und eine andere, ungefähr 1½ Zoll lange Narbe lief, von der Nasenwurzel anfangend, gerade aufwärts in der Richtung der Stirnnaht. Das Stirnbein selbst, auf der rechten Seite nach aussen geschoben, bildete eine weitvorspringende quadratförmige Fläche, beinahe 2½ Zoll lang und breit, und ragte mit der nach innen befindlichen Seite dachziegelförmig über eine gegen 2 Zoll lange, von dem rechten Augenbrauenbogen anfangende und nach oben und aussen gegen die rechte Schläfegegend hin zur Kranznaht verlaufende dritte Narbe ganz auffallend hervor. Diese letztere, sehr vertieft liegende Narbe zeigte ungefähr in ihrer Mitte, jedoch etwas mehr nach oben, eine kleine runde Oeffnung, welche mit einem schwärzlichen Körper, den man auf den ersten Augenblick für einen Eiterschorf hätte halten können, grösstentheils ausgefüllt war. Diese fremdartige, metallisch klingende Substanz fühlte sich hart an, und ragte mit einer feinen Spitze kaum so weit hervor, dass sie gefasst werden konnte. Unter anfangs langsameren, später stärkeren Rotationsbewegungen bemerkte ich ein allmähliges Nachfolgen und endlich das gänzliche Austreten des fremden Körpers, welches, wenn gleich mit grösseren Schwierigkeiten und heftigeren Schmerzen verbunden, doch den Erguss von wenig Tropfen Blutes verursachte. Was war nun dieser herausgeförderte fremde Körper? Es war eine abgebrochene, noch über einen halben Zoll lange, dicke Gewehrschraube, die mit dem Kopfende zuletzt zum Vorschein kam. Von nun an hörte der Kopfschmerz auf, und die Wunde heilte schnell. Die Sonde drang tief in die kraterförmige Oeffnung ein, aus welcher die Schraube ausgezogen wurde, und stiess in einem weiten Umfange auf eine kallöse Knochenmasse, welche sich unter dem nach aussen und innen geschobenen, quadratförmig gestalteten Vorsprunge des rechten Stirnbeines vorfand und mit diesem eine Höhle bildete. Früher war ich der Meinung, dass die Schraube in der Stirnhöhle gesteckt habe und deshalb nicht aufgefunden worden sei. Allein von dieser irrigen Ansicht bin ich schon längst zurückgekommen und nehme an, dass die Schraube in der Stirnhöhle gesessen habe. Die durch Knochensubstanz ringsum begränzte Höhle, aus welcher der fremde Körper hervorgezogen worden, kann füglich nichts Anderes gewesen sein, als die Stirnhöhle.

Register zu Band XXIII.

(Die Ziffer bezeichnet die Seite.)







